

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

270

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Paul-André MOUREU

Né le 12 mai 1909, à Pau (Basses-Pyrénées)

A PROPOS D'UN CAS

DE

FIBROME INTRA-PULMONAIRE

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Paul-André MOUREU

Né le 12 mai 1909, à Pau (Basses-Pyrénées)

A PROPOS D'UN CAS

DE

FIBROME INTRA-PULMONAIRE

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive	FANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BERZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
BERNARD (E.). Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
TROISIER Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
HARVIER.		VELTER.	
LIAN.			
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.	Clinique obstétricale.		
ÉCALLE			
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY,	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Capitaine au 18^e R. I.
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de guerre
Officier de l'Instruction publique

Mort au Champ d'honneur.

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

*Elle nous a prodigué pendant toute sa
vie son affection et sa tendresse.*

*Elle n'a eu qu'un seul but : notre
bonheur.*

*Nous lui dédions ce modeste ouvrage,
bien faible témoignage de notre profond
amour filial et de notre très grande recon-
naissance.*

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

M. LE DOCTEUR HENRI BIDÉGARAY

Médecin capitaine

A MES TANTES ET A MES ONCLES

*Leur affection et leur aide nous ont été
d'un grand secours dans l'accomplissement
de nos études.*

*Nous leur exprimons notre grande affec-
tion et notre éternelle reconnaissance.*

A MON COUSIN LE DOCTEUR MARCEL BIDÉGARAY

*Qui, durant nos années d'études médi-
cales, nous a prodigué de sages et d'utiles
conseils et nous a éclairé de son expé-
rience.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre
reconnaissance et de nos sentiments de
vive affection.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

Professeur de Clinique de la tuberculose
Médecin de l'Hôpital Laennec
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Hommage de respect et de gratitude
pour le très grand honneur qu'il nous a
fait en acceptant de présider cette thèse.*

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

Professeur de Clinique de la tuberculose

Médecin de l'Hôpital Laennec

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

*En souvenir de l'enseignement reçu dans
son service et en gage de reconnaissance.*

AU DOCTEUR DENIKER

Chirurgien des Hôpitaux

*A qui nous devons une grande part de
notre documentation.*

Avec nos sincères remerciements.

AU DOCTEUR LOUIS PELLISSIER

Ancien chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Médecin assistant à l'Hôpital Laennec

Médecin chef de la Cité universitaire

*Qui nous a inspiré ce travail et l'a guidé,
à chaque instant, de ses conseils éclairés,
n'épargnant à aucun moment son temps
précieux.*

*De qui les profitables enseignements et
les judicieuses directives ont été infiniment
utiles dans le début de nos études.*

*En témoignage de notre respectueuse
affection, de notre reconnaissance et de
notre grand attachement.*

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

Médecin de l'Hôpital Laennec
Officier de la Légion d'honneur

En faible témoignage de notre respectueux attachement et de notre profonde reconnaissance pour le précieux enseignement dont il nous a fait bénéficier, pour l'aide qu'il nous a prodiguée au début de nos études, l'attention affectueuse qu'il n'a cessée de nous accorder.

De tout cœur nous lui en exprimons un grand merci.

AUX DOCTEURS P. GAUTHIER-VILLARS
ET LEVENT

*En témoignage de notre reconnaissance
pour l'aide qu'ils nous ont apportée à l'éla-
boration de ce travail.*

A MES MAITRES

M. LE PROFESSEUR PROUST

M. LE DOCTEUR GRENET

Médecin des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR LEVANT

Accoucheur des Hôpitaux

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

.

A PROPOS D'UN CAS DE FIBROME INTRA-PULMONAIRE

CHAPITRE I

Introduction

Les tumeurs malignes du poumon sont maintenant bien connues ; elles ne sont d'ailleurs pas tellement rares et, à mesure que leur histoire clinique a été mieux connue, leurs expressions radiologiques mieux décrites, on a été frappé de leur relative fréquence.

Il n'en est pas de même des tumeurs bénignes du poumon. On peut consulter les divers traités classiques de médecine — et non pas seulement ceux de langue française — sans trouver la description, ni même la moindre mention de ces néo-formations bénignes. Il ne vient pas à l'esprit du médecin de penser qu'elles existent, encore moins de penser à les discuter en présence de tel syndrome pulmonaire ou de telles images radiologiques intra-thoraciques.

Et pourtant il existe bien des tumeurs bénignes du poumon. Nous avons eu la bonne fortune d'examiner une malade qui portait un fibrome du poumon à l'intérieur de son champ pulmonaire gauche ; cette masse fibromateuse intra-pulmonaire a été extirpée

chirurgicalement ; des examens anatomo-pathologiques ont pu être faits de la pièce retirée ; différents examens de laboratoire et surtout de nombreux films radiographiques ont été pris avant l'intervention chirurgicale et depuis lors. Depuis l'enlèvement chirurgical de ce fibrome, près de deux ans se sont écoulés. Nous sommes donc là en possession d'une observation précise, complète, avec un recul suffisant pour juger au mieux des événements passés et de l'évolution.

De tels documents, pour rares qu'ils soient, et en raison de cette rareté même ne méritaient-ils pas d'être conservés et commentés ?

Mais, à relire dans la littérature médicale française et étrangère ce qui avait trait aux tumeurs bénignes du poumon, à glaner les quelques observations précises de telles tumeurs et plus particulièrement des fibromes nous avons été frappés par certains faits qui nous ont parus dignes d'intérêt. En premier lieu la difficulté quasi insurmontable du diagnostic clinique, expliquant la rareté de ce diagnostic, la ressemblance des images radiologiques avec d'autres images toutes semblables trouvées dans d'autres affections — kystes ou cancers surtout — Voilà bien des particularités qui, à elles seules, méritaient d'être signalées. Aussi avons-nous consacré ce modeste travail à l'exposé de ce cas curieux de fibrome intrapulmonaire et aux commentaires qu'il ne manque pas de suggérer.

*
* *
*

Il n'entre pas dans notre dessein d'esquisser ici une étude des tumeurs bénignes du poumon dans leur ensemble, travail qui demanderait une documentation beaucoup plus vaste que celle que nous avons pu réunir à ce sujet et qui cependant comporte encore trop d'inconnues pour être envisagé dans une étude synthétique d'ensemble.

Toutefois à propos de notre cas de fibrome intrapulmonaire il nous sera permis de jeter un coup d'œil sur ce champ restreint des néoformations pulmonaires bénignes.

On sait que du point de vue anatomo-pathologique le fibrome fut nettement individualisé par Lebert (1). Cet auteur n'en donnait-il pas cette définition qui, à quelques détails près, a conservé toute sa valeur ? : « Une tumeur fibro-plastique essentielle est composée d'un tissu qui existe à l'état normal dans l'économie et qui n'est autre que du tissu cellulaire ou fibreux incomplètement développé et en voie de formation. Ces tumeurs constituent une maladie locale qui, dans quelques-unes de ses formes a une tendance à récidiver sur place ». De même Cruveillier dans son traité d'anatomie pathologique (2) étudiait complètement les fibromes. Tous deux montraient déjà que ces

1. Traité d'anatomie pathologique général et spécial, Paris, 1856, Tome I.

2. J. Cruveillier : Traité d'anatomie pathologique général, Tome III, Ballier, éditeur, Paris, 1856.

tumeurs bénignes pouvaient siéger n'importe où, dans tous les viscères, dans tous les tissus où il y a du tissu fibreux de soutien, mais ni l'un ni l'autre n'en signalaient la possibilité d'existence dans les poumons.

A une époque où les recherches anatomo-pathologiques post-mortem avaient une importance primordiale, il était inévitable, si des fibromes du poumon existaient réellement, que la trouvaille de telles formations fut signalée épisodiquement par certains auteurs.

En effet, Rokitansky a décrit de petits fibromes à siège péri-bronchique. Rindfleisch en a fait connaître un cas chez un enfant de douze ans ayant souffert de catarrhe chronique, et dans ce cas l'examen microscopique prouvait qu'il s'agissait bien de fibrome (1).

Beaucoup plus tard, Bocage dans une thèse consacrée en 1905 à l'étude des tumeurs primitives du poumon d'origine conjonctive consacrait quelques lignes aux tumeurs bénignes, pour les éliminer rapidement comme absolument exceptionnelles et inintéressantes (2).

D'autre part, si l'on se réfère aux travaux des anatomo-pathologistes contemporains on ne trouve pas davantage d'allusions aux fibromes pulmonaires. C'est ainsi que Letulle et Nattan-Larrier dans leur précis d'anatomie pathologique après avoir déclaré

1. Rindfleisch, Virchows archiv, Bd. 81.

2. Bocage : Contribution à l'étude des tumeurs primitives du poumon d'origine conjonctive. Thèse Paris, 1905.

« qu'aucune des régions du corps humain n'est à l'abri d'un fibrome pur », après avoir cité les organes — utérus en tête — qui constituent surtout des points d'appel pour le fibrome, après avoir même signalé le molluscum et la fibromatose de Recklinghausen, n'indiquent pas le poumon comme pouvant être affecté par ces formations fibromateuses.

Depuis l'avènement de la radiologie et surtout depuis que la chirurgie pulmonaire a acquis droit de cité, n'avait-on pas chance de découvrir davantage de fibromes intra-pulmonaires ? Nous n'avons pu glaner çà et là que quelques cas isolés en France et à l'Etranger, parmi lesquels nous retrouverons plus loin ceux de Duval (Fibrome d'origine costale et intra-thoracique), de René Bloch, de R. B. Bettman, de Foltz, de Böger et Voit...

Cette rareté correspond certainement à la rareté réelle des fibromes pulmonaires. Mais, comme nous le verrons ultérieurement, ces fibromes donnent des images radiologiques trompeuses qui peuvent être confondues avec des aspects kystiques, avec des images d'abcès, de gommes ou de néoplasmes malins et, par conséquent, il est certain que des fibromes du poumon doivent être confondus avec d'autres affections parmi ces dernières. Cette confusion, inévitable s'il n'y a pas opération, et vérification anatomo-pathologique, ne doit d'ailleurs pas augmenter considérablement la fréquence de ces fibromes du poumon et ils restent d'une grande rareté.

A côté de ces fibromes, d'autres formations béli-

gnes intra-pulmonaires peuvent encore exister. Nous n'aurons pas à nous en occuper dans ce travail, mais nous devons cependant signaler leur existence. Virchow décrivait déjà des chondromes, siégeant de préférence au niveau du hile, quelquefois en plein parenchyme pulmonaire ou superficiellement, Lesser, Wilkhamlegg, Lichtenstein rapportaient aussi des cas semblables, et l'on en pourrait trouver encore quelques exemples dans la littérature médicale contemporaine.

Des ostéomes ont enfin été décrits à l'intérieur du poumon depuis Virchow, Heschl, Wagnèr...

Quelques cas de neurinomes peuvent de même se retrouver dans quelques observations.

*
* *

Comme Bocage le faisait remarquer dans sa thèse, empruntant d'ailleurs l'opinion de Fuchs qui avait étudié au préalable ces tumeurs bénignes du poumon, « il n'y a rien à en dire sinon qu'elles sont rares, qu'elles n'ont aucune tendance à la généralisation, qu'elles ne présentent même pas d'accroissement local dans bien des cas, qu'elles n'entraînent pas la mort par elles-mêmes et qu'elles sont enfin le plus souvent une simple trouvaille d'autopsie ».

Ces conclusions si elles sont vraies dans l'ensemble supportent quelques corrections, comme nous le verrons. Mais avant tout c'est l'étude radiologique des tumeurs du poumon qui apporte un intérêt nouveau

à la question, Böger et Voit dans un travail qui date de quelques mois à peine ont justement spécifié l'intérêt de cette étude radiologique et de ces causes d'erreur et nous ne manquerons pas d'y insister.

En effet, répétons le, les images radiologiques comme nous avons pu les constater dans diverses observations et dans notre propre cas sont éminemment trompeuses et ce sera pour nous l'occasion d'envisager le diagnostic de certains aspects radiologiques intra-pulmonaires, en particulier des images arrondies, fréquentes et de différenciation délicate.

*
* *

Dans ce travail, nous relaterons donc d'abord dans le détail, l'histoire d'une malade examinée et suivie par le Dr Pellissier, malade dont le fibrome fut extrait par une intervention intra-thoracique en trois temps pratiquée par le Dr Deniker.

Nous discuterons et commenterons ensuite les données de la clinique, de la radiologie, de l'anatomopathologie en ce qui concerne ce cas particulier.

Dans le chapitre suivant, nous essayerons de réunir quelques traits d'ensemble sur les tumeurs bénignes du poumon en général, sur leur allure clinique, leur traduction radiologique et leur évolution.

Le diagnostic de ces tumeurs pulmonaires bénignes nous retiendra un instant, ne serait-ce que pour

les difficultés qu'il présente avec d'autres affections soit plus fréquentes soit plus graves.

Enfin, nous consacrerons un chapitre spécial au diagnostic radiologique puisque certaines images, comme nous l'avons dit plus haut, sont rencontrées fréquemment dans d'autres affections pulmonaires, mais aussi dans les tumeurs bénignes, et soulèvent dans tous les cas des problèmes intéressants et difficiles.

Pour terminer, il faudra bien que nous disions quelques mots du pronostic et du traitement des néo-formations pulmonaires bénignes. Certes, leur rareté et l'absence de documents abondants à leur sujet ne permet pas de conclusions bien précises quant à la conduite systématique à tenir en pareil cas. Mais puisque l'intervention chirurgicale ou d'autres modes thérapeutiques ont été employés nous pourrions tout de même essayer de voir leur utilité ou leurs défauts respectifs.

*
* *

Bref à propos d'un cas qui constitue certainement une exception en clinique nous avons voulu simplement rapporter une observation curieuse en elle-même et aborder certaines discussions de diagnostic qui, en matière de radiologie surtout, ne sont peut-être pas dépourvues d'intérêt pratique.

CHAPITRE II

Observations.

A. — Observation personnelle.

OBSERVATION I

Mme P..., 30 ans.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, en excellente santé apparente (taille 1 m. 70, poids 67 kgr.) qui, de 1926 à 1933, a souffert de douleurs de plus en plus vives de l'hémithorax gauche, douleurs amenant à pratiquer des examens radiologiques et à découvrir dans le champ pulmonaire gauche une image arrondie d'aspect véritablement kystique que l'intervention chirurgicale démontra être de nature fibromateuse.

Antécédents pathologiques : Dans les antécédents de cette malade rien à signaler qui puisse être de quelque utilité. Notons pour mémoire des affections bénignes de l'enfance (rougeole, varicelle), des troubles gastro-intestinaux bénins et fugaces à diverses reprises et une nervosité qu'on peut facilement rattacher à une hyperthyroïdie fruste avec état neurotonique.

Histoire de la maladie : C'est en 1926 qu'elle ressentit

pour la première fois quelques douleurs assez vives mais vagues dans leur localisation au niveau de l'hémithorax gauche ; elles furent étiquetées « douleurs intercostales » et considérées comme sans importance.

En 1927, ces douleurs devinrent plus nettes et par moment beaucoup plus vives : la malade avait l'impression d'élancements intermittents, pongitifs donnant la même sensation que celle d'un « abcès qui voudrait percer » ; en même temps elle accusait plus fréquemment des malaises généraux, de la lassitude, des troubles intestinaux, de l'insomnie tenace, pour laquelle elle dut consulter.

Une médication symptomatique et même opothérapique lui était prescrite, n'amenant pas d'ailleurs la cessation des douleurs localisées à l'hémithorax gauche ; notons d'ailleurs l'apparition et la persistance par période d'une certaine fatigue générale.

Quatre ans plus tard, c'est-à-dire le 25 mars 1931, au moment où elle quittait sa place dans le bureau où elle travaillait, elle était brusquement bousculée et projetée sur l'angle aigu d'un coffre, si violemment qu'elle perdait connaissance. A ce moment-là on pratiquait une radiographie qui ne montrait rien d'anormal ; l'auscultation pulmonaire ne révélait aucun signe suspect. Malgré le traitement révulsif et analgésique prescrit, la douleur de l'hémithorax gauche devenait plus vive avec paroxysme à intervalles rapprochés.

Devant cette douleur rebelle, la malade alla de nouveau consulter ; cet examen ne réveillant rien d'anormal, le médecin concluait que le point douloureux était dû à de la névralgie intercostale.

Des applications de rayons infra-rouges étaient alors ordonnées qui n'amènèrent pas de sédation.

Plusieurs médecins étaient consultés, toujours au sujet de cette douleur rebelle, et tous étaient d'accord pour l'étiqueter : « douleur névralgique intercostale ».

En 1933, la douleur n'avait pas régressé, bien au contraire, elle était devenue plus vive, bien localisée, très gênante, donnant la sensation d'une « boule », d'après les dires de la malade. Mais il faut insister sur ce que, pendant la longue période de sept ans écoulée depuis l'apparition des douleurs, ces phénomènes douloureux ont constitué le seul symptôme relevé. En effet aucune atteinte de l'état général, aucun symptôme fonctionnel donnant la note pulmonaire : ni toux, ni expectoration, ni dyspnée.

Elle prit alors la décision de se faire examiner de nouveau et de faire pratiquer un examen radiographique. Voici d'ailleurs le compte rendu de cet examen datant du 11 février 1933 :

« On note l'existence d'une masse arrondie se projetant dans le sixième espace intercostal gauche et débordant le septième (en ne tenant compte que de la seule projection postérieure des espaces).

« Cette opacité, extrêmement homogène, à bords réguliers et nettement marqués, offre des dimensions supérieures à celles d'une pièce de cinq francs. Elle est mobile avec la respiration, diminue de grosseur en vue postérieure (d'où situation postérieure).

« De profil, elle se projette sur la colonne (VII^e dorsale) et déborde sur l'aorte descendante et le médiastin postérieur. Elle répond exactement à la zone sensible accusée

par la malade. En dehors de cette masse, la luminosité des deux champs pulmonaires est bonne, en particulier les sommets sont clairs, réguliers, homogènes et s'illuminent bien à la toux.

« Les ombres hilaires ne sont pas exagérées.

« Le jeu diaphragmatique et l'ampliation thoracique se font normalement.

« Rien à signaler au niveau du cœur et des vaisseaux. »

Cet examen radiographique décelant cette image arrondie rafraichissait quelque peu la mémoire de la malade : en effet en 1926 elle était allée consulter le Professeur Achard au Service médical de la banque où elle travaillait ; un examen radiologique était ordonné, examen qui avait révélé une image de la grosseur d'une noisette, très nette à la base de l'omoplate gauche ; on en avait conclu à « une excroissance osseuse probablement congénitale, à la base de l'omoplate ». Aucune importance n'y était attachée. Mais le constat quelques années plus tard de l'ombre arrondie de plus grosse taille décrite ci-dessus et située en plein parenchyme posait la question de la similitude de cette ombre avec celle trouvée antérieurement dans le Service du Professeur Achard.

Donc, la deuxième radiographie était soumise à l'examen du Dr Bazy à l'Hôpital Saint-Louis : il pensait à la présence possible d'un kyste hydatique du poumon ; des examens de laboratoire furent alors ordonnés ; en voici les résultats :

Bordet-Wassermann : négatif.

Hecht : négatif.



M^{me} P..., 30 ans. — Avant l'intervention (30 mai 1933).

Réaction de Vernes à la résorcine : Degré photométrique observé $171 - 162 = 9$.

Malheureusement il paraît que la réaction de Weinberg ne put être pratiquée faute de trouver l'antigène nécessaire.

D'autre part nous n'avons pu arriver à savoir exactement si une réaction de Casoni fut alors effectuée.

De toute manière, le Dr Bazy demandait une intervention chirurgicale.

Le diagnostic auquel il se serait arrêté, après entente avec le radiologiste, serait celui d'hématome enkysté de la plèvre. On aurait pensé que cet hématome était lié au choc traumatique thoracique que nous avons signalé plus haut. Nous croyons nécessaire de rappeler ici qu'en vérité ce choc ne survint qu'en 1931, c'est-à-dire *six ans* après l'apparition des premières douleurs thoraciques.

Avant d'accepter cette intervention chirurgicale, la malade désire un supplément d'enquête médicale, et le 18 mars 1933 elle se fait examiner par le Dr Pellissier ; celui-ci fait les constatations suivantes :

1° *Subjectivement* : la malade n'accuse qu'un seul symptôme, à savoir la douleur spontanée de l'hémithorax gauche déjà indiquée.

2° *Stéthacoustiquement* : absence complète de tous signes de percussion et d'auscultation au niveau des deux champs pulmonaires.

3° *Radioscopiquement* : il existe bien une image arrondie siégeant dans le champ pulmonaire gauche, image dont la localisation a été donnée dans le compte rendu radiologique reproduit plus haut. Cette image est réellement

circulaire ; les contours en sont nets, comme tracés au compas ; la teinte en est très foncée, d'une opacité égale et homogène. Autour de cette image arrondie aucune anomalie à signaler. L'image ronde est légèrement mobile aux mouvements respiratoires ; à la toux elle subit un déplacement inverse à celui des côtes, ce qui prouve bien sa situation intra-pulmonaire. Enfin on vérifie la situation postérieure et latérale de cette image anormale.

L'examen complet de la malade ne révèle aucun signe pathologique. On note une très légère hypertrophie thyroïdienne, un éréthisme cardiaque discret et des réflexes tendineux vifs.

On ne retrouve point le moindre stygmate de spécificité, ce qui confirme le résultat négatif des examens sérologiques pratiqués antérieurement.

Cette image arrondie à contours précis évoque immédiatement, selon la notion classique, l'hypothèse d'un kyste hydatique intra-pulmonaire, et c'est à ce diagnostic clinique probable que l'on s'arrête.

Certes on ne retrouve pas d'autres manifestations en faveur de l'hydatisme, pas de petits troubles hépatiques, pas de modifications du foie qui puissent permettre de déceler un kyste hydatique du foie originel. Pas davantage de manifestations d'ordre anaphylactique en faveur de l'hydatisme, et notamment pas d'urticaire.

On décida donc de recourir à de nouveaux examens de laboratoire pour plus ample informé :

1° L'examen hématologique donna des résultats normaux : il ne montra pas l'existence d'une éosinophilie appréciable ;

2^o la réaction de Weinberg fut pratiquée par le Dr H. Bonnet, chef de laboratoire à la Faculté, avec un antigène provenant de l'Institut Pasteur.

Cette réaction fut négative;

3^o La réaction de Casoni fut également recherchée : *elle donna un résultat positif.*

On sait la difficulté d'interprétation des examens de laboratoire au chapitre kyste hydatique. Le fait que l'intra-dermo-réaction ait été positive pouvait apparaître comme un argument de plus, dans le cas présent, en faveur du kyste hydatique ; mais répétons que le diagnostic de kyste semblait surtout se fonder sur l'existence de l'image nettement arrondie et sur l'absence de tous autres symptômes. Dans ces conditions, le Dr Pellissier conseilla à la malade d'attendre, sous surveillance radiologique que la suite des événements indiquât d'elle-même la conduite à tenir. Or la malade, dès que le diagnostic de kyste hydatique fut suggéré, présenta un état névropathique de plus en plus exagéré ; d'autre part, on s'aperçut que le kyste — si kyste il y avait — augmentait rapidement de volume. En effet, trois mois après, une radiographie pratiquée par le Dr Dausset à l'Hôpital Foch montra que l'image avait doublé de grandeur. La malade elle-même sollicitait alors une intervention contre cette masse intra-pulmonaire rapidement grandissante. On demandait l'avis du Dr Deniker, chirurgien des hôpitaux de Paris : s'appuyant sur l'opinion du Dr Dausset, il conclut lui aussi au diagnostic de kyste hydatique et à la nécessité de l'opération. Et le 20 juin 1933 le Dr Deniker accomplissait la première intervention chirurgicale dont voici le compte rendu :

« Le diagnostic probable étant kyste hydatique du poumon, l'opération en deux temps est décidée.

« Les radiographies de face et de profil montrent l'abord le meilleur sur la ligne axillaire postérieure gauche, au niveau de la septième côte qui coupe l'ombre à peu près en son milieu.

« Résection de 7 cm. sous anesthésie locale (novocaïne à 1 pour 200).

« Décollement de la plèvre et tamponnement. »

Après une période de treize jours pendant laquelle la malade se plaignait d'un point douloureux extrêmement vif à la base du poumon gauche, la deuxième intervention se pratiquait le 3 juillet :

« Sous-anesthésie locale, ouverture de la plèvre qui n'est que partiellement accolée.

« Léger pneumothorax, sans aucune gêne.

« Le poumon est bien vu et ponctionné dans la zone suspecte à plusieurs reprises sans résultat. Ces ponctions sont pratiquées avec certitude dans la masse réperée à la radio ; on s'aide même de l'aspiration par air comprimé sans pouvoir ramener de liquide.

« Tamponnement léger. Pansement.

« Radiographie de contrôle qui montre que les ponctions ont été faites en bonne place. Par conséquent on est obligé d'admettre que la tumeur n'est pas liquide mais bien solide. Comme la voie d'abord de cette tumeur a été bien dégagée, comme la tumeur paraît nettement circonscrite, on décide d'en tenter de toute manière l'exérèse, ne serait-ce que dans un but de diagnostic précis ».

A la suite de ce deuxième temps on laissait la malade au repos pendant trois semaines.

La douleur restait persistante et on employait pour la calmer la médication symptomatique.

Le 26 juillet, le Dr Deniker pratiquait une troisième intervention qui était concluante :

« Le diagnostic étant douteux, la malade, très pusillanime, réclamant à tout prix l'anesthésie générale, on administre du balsoforme.

« Exploration de la plaie au doigt. On sent dans la profondeur une masse dure faisant corps avec la face externe du poumon.

« On essaie une ponction, mais on constate que l'aiguille bûte sur une masse résistante.

« Tandis qu'on cherche à explorer cette masse, le doigt trouve un plan de clivage qui permet une énucléation très facile.

« On extrait la masse tumorale présentant les caractères macroscopiques suivants :

« Masse ovalaire, aplatie, lisse comme un galet bien roulé, ferme, blanc grisâtre, mesurant 7 cm. sur 5 cm. En coupe : aspect blanc, lisse, dur.

« L'acte opératoire se termine par un tamponnement léger du cul-de-sac pleural et du lit de la tumeur qui saigne assez fortement. Réunion partielle. »

Les suites opératoires étaient simples ; on notait cependant des crises assez fréquentes de pleurodynie diaphragmatique du côté opéré. Le quatrième jour la mèche était enlevée. Un léger suintement pleural citrin persistait pendant près de deux mois.

Le 15 septembre 1933, on pratiquait un examen radiographique qui décelait une ombre arrondie à la place de la tumeur ; cette image était plus volumineuse qu'auparavant mais beaucoup moins foncée, laissant transparaître l'image des côtes.

Enfin le 16 septembre la malade quittait la clinique et entrait en convalescence. La pièce anatomique était, sitôt son ablation, soumise à l'examen histologique exécuté par le Dr Ribereau ; en voici le compte rendu :

« Les fragments de la tumeur sont constitués par une prolifération cellulaire assez abondante d'éléments qui rappellent les fibroblastes, tantôt nappés de collagène, tantôt isolés dans les flaques d'une substance œdémateuse.

« Dans certaines régions, cette prolifération cellulaire est extrêmement abondante et la substance fondamentale manque totalement. La nécrose est intense, par plages ainsi que les hémorragies.

« La vascularisation est très abondante, mais les vaisseaux ont une paroi d'apparence normale.

« Il s'agit donc là d'une tumeur conjonctive formée de fibroblastes proliférants. »

Un deuxième examen histologique de contrôle que nous devons au Dr P. Gauthier-Villars, chef de laboratoire de la Faculté de médecine de Paris, examen dont nous reproduisons ci-contre les microphotographies, fut pratiqué ultérieurement :

« Les divers fragments prélevés sont tous semblables ; aucun d'eux ne contient de tissu pulmonaire reconnais-



M^{me} P... — Microphotographie (faible grossissement).



M^{me} P... — Microphotographie (fort grossissement).

sable, toute l'étendue des prélèvements répondant à la tumeur proprement dite.

« Celle-ci est formée par des trousseaux de fibroblastes fusiformes coupés suivant des incidences diverses, séparés par de nombreuses fibres collagènes. Les plages ainsi caractérisées alternent avec des zones œdémateuses étendues. De nombreux vaisseaux adultes apparaissent çà et là ; leur paroi est souvent épaissie, nettement hyaline. Il n'existe aucun aspect histologique de malignité ; les noyaux sont tous de même taille, sans mitoses, ni monstruosités ; la substance fondamentale est très abondante.

« L'aspect est, en résumé, celui d'un fibrome tout à fait typique, œdémateux par places, sans que le tissu voisin soit intéressé par les coupes ».

Le 16 septembre la malade s'en allait se reposer à la campagne ; la plaie continuait à couler quelque peu et cet écoulement ne prenait fin que le 21 mai 1934.

L'état général était excellent, les forces un moment éprouvées revenaient et peu à peu on pouvait noter une augmentation de poids d'une manière régulière.

Le 10 novembre 1934 on pratiquait un nouvel examen radiographique : l'image paraissait moins dense et son aire avait sensiblement diminué.

Mais, en regard de cette amélioration considérable, il persistait des douleurs thoraciques aussi vives qu'avant l'opération, bien que leur siège fût différent ; elles siégeaient maintenant sous le sein gauche, irradiant en demi-ceinture autour de l'hémithorax. La malade s'en inquiétait beaucoup ; ces douleurs pouvaient d'ailleurs s'expliquer par l'existence d'une symphyse de la plèvre

costo-diaphragmatique vérifiée radiologiquement. Toutefois un doute venait à ce moment malgré l'examen histologique sur la nature de la tumeur intra-pulmonaire. Ne s'agissait-il pas en réalité d'une tumeur maligne, d'un sarcome par exemple. La clinique, la radiologie, les constatations opératoires et histologiques, la bénignité des suites opératoires et enfin l'amélioration très nette de l'état général plaideraient contre l'hypothèse de cette malignité. Néanmoins il fut décidé, d'accord entre les Drs Deniker et Pellissier, de soumettre la région où avait siégé la tumeur à la radiothérapie, de la sorte on se rendrait compte de la sensibilité de cette région aux rayons X : on pouvait se demander en effet si l'image radiologique persistante n'était pas une récidiye ou une extension, et s'il s'était agit d'une lésion de nature maligne on sait que la radiothérapie aurait dû montrer une fonte plus ou moins complète, plus ou moins rapide des tissus atteints. A tout le moins on pouvait penser que la radiothérapie aurait quelque effet sur l'élément douleur. Aussi le traitement radiothérapique fut-il entrepris comme suit (Dr Sourice) :

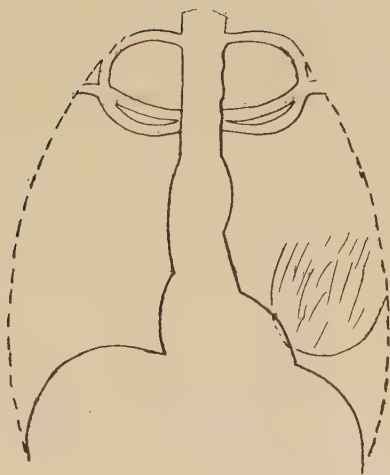
Tension.....	300.000 volts
Intensité.....	3 milliampères
Filtre.....	1 cuivre et 2 Al
Dose.....	6.000 R en 2 champs

Six séances étaient suivies ; après chaque application, apparition de nausées éphémères ; amaigrissement notable.

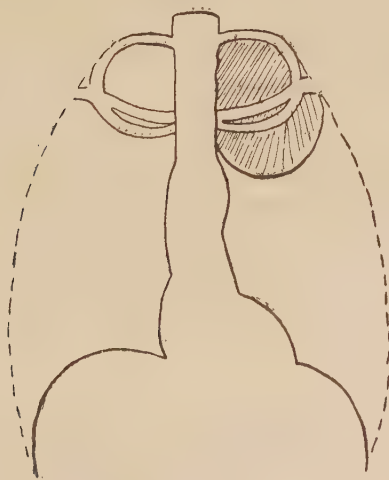
Le 20 décembre une nouvelle radiographie était prise :



M^{me} P... Après l'intervention,
20 novembre 1934.



M^{me} P... Etat actuel,
20 décembre 1934.



Observation II. Cas américain (R. Bettman).

il y avait une certaine régression de l'image radiologique, régression qui laissait un espace clair, libre, entre le sternum d'une part et le bord droit de l'image d'autre part, espace dans lequel se dessinait l'ombre cardiaque. Mais cette régression n'était que minime. On ne pouvait parler de fonte et il n'y avait pas là les effets habituels de la radiothérapie correctement appliquée à bonne dose sur les tumeurs malignes radio-sensibles. On doit aussi noter que les douleurs n'avaient pratiquement pas diminué après l'emploi des rayons X.

Actuellement la malade conserve un état général excellent, son poids normal est de nouveau atteint et dépassé ; mais il reste quelques séquelles, à savoir : une douleur très vive à la base du thorax, à type d'élancement ; les contractions brusques provoquées par la toux, le rire, les baillements lui sont très pénibles. Ces derniers symptômes fonctionnels sont contingents et liés simplement à la symphyse pleurale de la plèvre diaphragmatique ; ce sont de petites manifestations d'irritation phrénique.

Tous les autres appareils sont normaux.

Nous sommes dans les premiers mois de 1933 et nous constatons que tout est rentré dans l'ordre : la tumeur n'a donné aucune récurrence, aucune métastase, elle est demeurée silencieuse, dix-neuf mois après l'intervention chirurgicale !

EN RÉSUMÉ, cette histoire est celle d'une tumeur intrapulmonaire se traduisant par une image arrondie d'assez grosse taille faisant porter le diagnostic de kyste hydatique.

A l'opération on enlève une tumeur solide et non liquide. On craint qu'il s'agisse d'une tumeur maligne, mais les examens histologiques montrent qu'il s'agit d'un fibrome et les suites de l'évolution prouvent la bénignité réelle de cette tumeur.

B. — Autres observations.

Le cas de fibrome intra-pulmonaire relaté dans l'observation ci-dessus nous ayant paru intéressant à plus d'un titre, nous avons recherché dans la littérature médicale les cas semblables et bien entendu nous n'en avons trouvé qu'un nombre extrêmement restreint.

Nous croyons devoir rapporter et résumer ici les cinq seules observations que nous ayons pu rassembler, où le diagnostic de fibrome ait été posé.

Encore devons-nous faire remarquer que ce diagnostic n'a été vérifié histologiquement que dans deux cas seulement : dans l'observation française de René Bloch et dans le cas américain de R. Bettmann.

OBSERVATION II

(Empruntée à R. B. Bettmann).

Il s'agit d'un homme âgé, père d'un médecin, qui pendant quelques mois s'est plaint de douleurs très vives dans la partie supérieure de l'hémithorax gauche et aussi de douleurs occasionnelles irradiées au bras gauche.

Les signes physiques ont été négatifs, excepté de la matité de l'apex gauche. Il a perdu du poids ; les examens de laboratoire furent absolument normaux, la radiographie découvrit une ombre dense au sommet gauche ; cette ombre avait des limites extrêmement distinctes, comme on peut le voir sur la figure ci-jointe.

Le pneumothorax artificiel montre que cette opacité du lobe supérieur n'était en aucune façon partie intégrante du poumon, car le poumon se rétractait vers le hile, laissant un intervalle net entre le poumon et la masse tumorale.

Quoiqu'il n'y eût aucune histoire de pneumonie antérieure, aucune fièvre, aucune leucocytose, il fut supposé qu'un abcès encapsulé secondaire à quelque affection du cou ou bien un empyème enkysté ne pouvait pas être éliminé avec certitude.

Pour cette raison, une ponction exploratrice pénétrant la masse en arrière, à travers le deuxième et troisième espace, fut pratiquée. On ne trouva pas de pus et pas davantage de cellules pour le diagnostic microscopique. La trachée est refoulée par la tumeur vers la droite ; le médiastin entier est déplacé légèrement vers la droite.

En raison de l'absence de pus à la ponction et d'une histoire d'état inflammatoire, en raison aussi de la présence de douleurs qui est toujours significative au regard de tumeurs possibles du poumon, en raison d'une limite nette et de l'absence d'adhérences pleurales, le diagnostic fut posé de tumeur de l'apex de la plèvre mais non pas du poumon, tumeur probablement bénigne, mais peut-être maligne.

J'ai vu des endothéliomes pleuraux de grosse taille donnant exactement cette apparence et ne donnant pas d'adhérences pleurales. Aussi pensai-je que ce diagnostic devait être gardé en réserve ; comme la tumeur comprenait l'apex entier, aussi bien en arrière que latéralement, il semblait que l'abord par la partie postérieure du thorax serait plus facile qu'en avant.

On donna une anesthésie à l'éthylène-oxygène pour que, si la plèvre était ouverte, nous puissions avoir le moyen de gonfler le poumon et de surmonter l'inconvénient et le danger d'un pneumothorax largement ouvert.

Après section des 2^e, 3^e et 4^e côtes, elles furent enlevées et le périoste de la partie postérieure de ces côtes fut incisé dans l'espoir de pouvoir énucléer la tumeur sans entrer dans la cavité pleurale. Mais cependant nous ne réussîmes pas à l'éviter et nous entrâmes dans la plèvre lors de la première incision quoique l'espace, la plèvre et le périoste de la partie postérieure de la côte fussent très solidement adhérents. Ayant ouvert la plèvre, nous élargîmes donc l'incision pleurale à l'aide d'un écarteur pleural et nous ouvrimmes la plaie largement.

On trouva une grosse tumeur lisse recouverte latéralement par la plèvre pariétale au niveau de l'apex et, au-dessous de celle-ci, une masse ferme, dure, ressemblant à un fibrome.

Le fibrome fut très aisément énucléé sans qu'il y eût pratiquement de saignement, laissant un pédicule long et ferme allant jusqu'au médiastin. Ce pédicule fut aussi enlevé et, son extrémité coupée, plusieurs vaisseaux san-

guins furent écrasés, coupés et liés, la masse tumorale étant alors rapidement enlevée.

La cavité thoracique fut inspectée et on ne trouva pas d'autres anomalies. Le médiastin postérieur fut très soigneusement palpé et on ne trouva pas d'autre masse ou de ganglions hypertrophiés.

Un petit drain fut placé dans la plaie pour permettre l'issue de l'air pleural.

L'anesthésiste reçut l'ordre d'augmenter la pression jusqu'à ce que le poumon fût complètement gonflé et jusqu'à ce qu'apparemment tout l'air de la plèvre fût chassé. La plèvre fut alors suturée solidement et le patient quitta la table d'opération en bon état.

La convalescence post-opératoire fut compliquée par une série d'incidents dont aucun cependant ne dépendait directement de l'opération, excepté une légère infection de la plèvre qui s'arrangeait. Quoique l'urine du patient ait été négative en ce qui concerne le sucre, avant l'opération, et quoique l'examen chimique du sang avant l'opération eût montré un taux normal de glucose, le malade tomba soudainement dans un coma évidemment dû à un trouble de son métabolisme du sucre, comme il fut prouvé par le taux extrêmement élevé du sucre sanguin et par la guérison vraiment rapide à la suite d'administration de sucre et d'insuline. Un ileus paralytique apparut, qui peut-être est en rapport avec le traumatisme du vague pendant l'opération ou encore dû au traumatisme des filets du vague après des compressions antérieures.

Le diagnostic anatomo-pathologique vérifia le diagnos-

tic fait à l'opération, c'est-à-dire de *fibrome bénin* probablement d'origine médiastinale.

Evolution ultérieure : le malade n'a eu aucun symptôme pour une période de plus d'un an.

OBSERVATION III (René Bloch).

Mme G..., Polonaise, 34 ans.

Le sujet n'a jamais présenté de symptômes pulmonaires (ni toux, ni hémoptysie, ni vomique), elle s'est fait radiographier parce qu'elle était fatiguée et présentait une température vespérale de 37°5.

La radiographie montre une ombre arrondie, grosse comme une mandarine régulière, siégeant dans l'angle costo-vertébral au niveau du col de la huitième côte gauche, intrapulmonaire, mais affleurant la surface du poumon. Rien à l'auscultation. A la percussion petite zone mate paravertébrale.

Elle vient consulter à Paris ; les examens donnent :

Weinberg.....	faiblement positif
Casoni.....	nettement positif
éosinophilie.....	7 %

Escomptant avoir affaire à un kyste hydatique superficiel, on opère à l'anesthésie locale. Résection de la huitième côte qui se projette sur l'ombre, à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur. La résection est poussée très en dedans. La plèvre est découverte ; elle adhère à la moitié interne de la tumeur que l'on voit sous forme d'une bosse grisâtre et que l'on sent au

doigt à sa dureté. Première ponction blanche faite en plein centre. Dans la partie adhérente, on incise au bistouri électrique, verticalement ; l'incision ne donne issue à aucun liquide, malgré une profondeur de 3 à 4 cmc.

Nouvelles ponctions toujours blanches ; si loin qu'elle pénètre, l'aiguille ne donne pas la sensation de traverser une coque, mais de cheminer constamment dans une tumeur dure et pleine. On prélève alors un fragment de cette tumeur au bistouri électrique à fin d'examen et on referme partiellement la paroi, laissant une mèche au contact de la plèvre.

Au troisième jour, urticaire discret.

Guérison à la troisième semaine, après un suintement séro-purulent.

L'examen ci-joint montre qu'il s'agit d'une tumeur inflammatoire.

Les réactions positives, en l'absence clinique de tout autre kyste hydatique, semblent dues à la persistance prolongée, si ces réactions datent d'avant la transformation fibreuse pulmonaire.

Examen histologique : petit fragment de tissu fibreux très dense en certains points, en d'autres points beaucoup plus lâche, présentant des trousseaux en tourbillons à noyaux relativement égaux. Amas inflammatoires leucocytaires disséminés.

Il ne semble pas s'agir d'un noyau sarcomateux étant donnée l'absence de mitoses et de zones scléreuses, mais plutôt d'un petit noyau inflammatoire évoluant vers la sclérose.

OBSERVATION IV (Böger et Voigt)

M. G..., 36 ans.

Le sujet a été toujours bien portant. L'affection actuelle en mai 1930 par lassitude, asthénie croissante. A la fin de mai 1930, en prenant un objet à une étagère, tout à coup une douleur aiguë apparut dans le bras droit avec une sorte de parésie telle que le bras ne pouvait se mouvoir qu'avec peine.

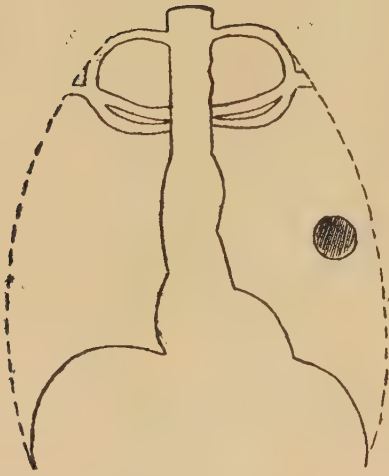
A l'hôpital (novembre 1930), en élevant le bras droit au-dessus de l'horizontale, apparition de douleurs graves. Aucun signe clinique.

Sur la radiographie, on trouvait dans le tiers moyen du champ pulmonaire gauche, entre le bord du thorax et le cœur, une ombre arrondie comme un cercle, bien limitée, de la grandeur d'une pièce de cinq marks, sans épaissement de la zone voisine de la tumeur, aucune altération de la forme de la tumeur, pendant l'inspiration ; en tournant la malade la tumeur se trouvait toujours endo-pulmonaire et un peu en arrière. Même les stéréoradiographies laissaient reconnaître qu'il s'agissait d'une tumeur tout à fait sphérique située tout près des côtes postérieures.

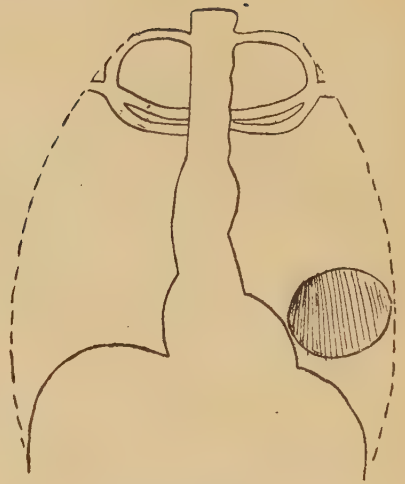
Les douleurs dans le bras droit s'expliquaient par l'existence d'une côte cervicale surnuméraire.

La bronchographie (lipiodol) montrait que la tumeur n'avait certainement pas son origine dans un rameau bronchique.

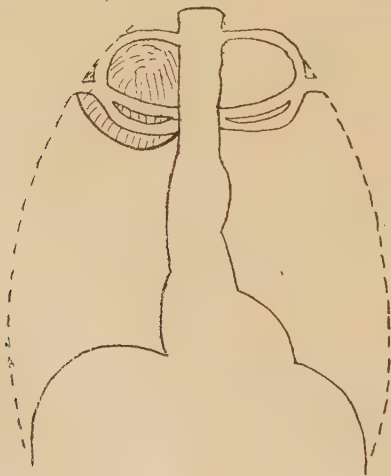
Les autres examens cliniques et radiologiques des organes internes (estomac, intestin, rein, pancréas, vési-



Observation IV.
Böger et Voigt, 1^{er} cas.



Observation V.
Böger et Voigt, 2^e cas.



Observation VI. Böger et Voigt, 3^e cas.

cule biliaire, organes génitaux) ont été complètement négatifs.

La déviation du complément d'échinocoque est négative et le Bordet-Wassermann négatif.

La sédimentation sanguine n'était pas accélérée ; la formule hématologique, sauf une petite anémie banale, était normale.

Comme la forme ronde de la tumeur sans réaction inflammatoire de voisinage et sans aucune adhérence pleurale nous laissait penser, malgré les résultats de la ponction, qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne, nous n'avons pas employé la radiothérapie ; et en effet nous avons pu suivre ce malade depuis quatre ans et nous n'avons pas observé de modification de la tumeur.

OBSERVATION V (Böger et Voit)

H. L..., 52 ans.

Le sujet, charpentier de son état, n'a pas de passé pathologique. Pendant la guerre, à la suite d'un enterrement par éclatement d'obus, contusion de l'hémithorax gauche.

Pendant l'hiver 1929, en travaillant, il tomba d'une hauteur de trois mètres et heurta l'hémithorax gauche sur une arête vive. Cet accident a été suivi de douleurs aiguës et de dyspnée. Malgré un traitement médical permanent et jusqu'à l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire quatre ans plus tard, il a continué à être toujours souffrant, d'où son admission à l'hôpital. Depuis l'accident il n'a jamais toussé ni

craché, pas de perte de poids, aucune infection vénérienne.

A l'examen physique des poumons, nous avons trouvé à gauche, en avant à côté de l'aire cardiaque et même empiétant sur celle-ci, une matité de la taille du poing à limite nette.

Le murmure vésiculaire nettement diminué ; pas de bruits adventices.

L'examen hématologique normal.

Bordet-Wassermann négatif.

Sédimentation du sang non accélérée.

La déviation du complément échinocoque négatif.

La radioscopie montrait dans la partie inférieure du champ pulmonaire gauche, reposant sur le diaphragme, une ombre homogène de la grandeur d'une pomme, très dense et très bien circonscrite, dont la forme n'était pas modifiée aux mouvements respiratoires et subissait une impulsion transmise par l'impulsion cardiaque.

Le reste du poumon et du cœur normaux.

Le film montrait les mêmes images.

La bronchographie par Iodipin montrait que les ramifications bronchiques entouraient la tumeur sans la pénétrer.

La ponction, faite sous contrôle radiologique, était négative, mais en la pratiquant on avait nettement l'impression que la tumeur avait une consistance solide.

En revenant sur les antécédents du malade, on apprenait que cette tumeur avait été déjà constatée quatre ans auparavant ; on avait même pu voir les films de cette époque qui montraient la tumeur exactement de la même grandeur que sur les images récentes ; on crut donc qu'il

s'agissait d'une tumeur bénigne, probablement d'un fibrome.

OBSERVATION VI (Böger et Voit).

Mme M. T..., 49 ans.

La malade, dont le père et la sœur sont morts de tuberculose pulmonaire, souffre de l'estomac depuis l'âge de 21 ans ; pour cela plusieurs opérations abdominales ont été pratiquées, mais on peut affirmer qu'il ne s'agissait pas de néoplasme.

Un examen radiographique de l'intestin fut exécuté et on croit avoir trouvé la cause des troubles intestinaux dans une interposition du côlon droit.

La malade est entrée à l'hôpital parce qu'elle se plaignait de troubles cardiaques et d'une aphonie permanente ; elle avait une légère hypertension.

Déjà, au début de 1930, un examen radiographique des poumons montrait une ombre de l'apex droit et de la partie supérieure du champ droit ; la malade se souviendrait qu'on lui avait déjà dit, il y a quelques années, à l'occasion d'un examen radiographique, que l'apex droit du poumon était atteint.

Son médecin avait supposé qu'il s'agissait d'un corps thyroïde abérant et avait proposé une opération, qu'elle refusa.

Examen physique. — Au niveau de l'apex droit et au-dessous de la clavicule, une petite matité, une augmentation du murmure vésiculaire, une prolongation de l'expiration, qui est plus rude.

Dans les autres organes internes, aucune anomalie, sauf l'interposition colique déjà signalée.

A la radiographie, on trouve au niveau de l'apex droit du poumon une ombre bien circonscrite avec une convexité vers le bas.

La bronchographie montre la ramification bronchique du lobe supérieur droit complètement injectée jusqu'aux ramifications les plus fines qui entourent l'image tumorale.

L'anamnèse et les constatations cliniques laissaient supposer qu'il s'agissait d'une *tumeur bénigne du poumon*. Nous avons été confirmé dans cette hypothèse parce que plusieurs irradiations radiothérapiques n'ont amené le moindre changement, et la tumeur est actuellement, c'est-à-dire quatre années après la constatation radiographique certaine, exactement la même.

L'état général de la malade est excellent. En dehors des constatations cliniques et de la durée de la tumeur non modifiée, la bénignité se marque aussi par le fait qu'il n'existait pas les symptômes accidentels habituels dans les néoplasmes, surtout dans le cancer du poumon, par exemple l'atélectasie partielle, épanchement pleural et déplacement des organes voisins. C'est pourquoi nous sommes amenés à croire qu'il s'agit probablement d'un *fibrome*.

CHAPITRE III

Discussion et commentaires.

L'observation résumée dans le chapitre précédent appelle une discussion et des commentaires tant du point de vue théorique que pratique.

1^o POINT DE VUE CLINIQUE.

Du point de vue purement clinique nous n'aurons que peu à épiloguer sur le cas en question. Cependant il est indispensable de souligner la carence clinique presque complète en l'occurrence. N'est-il pas remarquable que le seul symptôme d'une tumeur intra-pulmonaire assez volumineuse ait été de bout en bout simplement la douleur ? Il existe donc des corps étrangers de grosse taille se développant dans le parenchyme pulmonaire, augmentant de volume, sans donner aucun signe d'allure pulmonaire : pas de toux, pas d'expectoration, pas de dyspnée. Il y a là une tolérance digne d'être remarquée.

Il est moins extraordinaire de ne pas observer chez notre malade de syndrome de compression : en effet, la tumeur était de taille suffisante pour risquer de

provoquer des compressions mais son siège même dans le lobe inférieur gauche, près de la corticalité et dans la région sous-pleurale, suffit à expliquer l'absence de signes de compression : c'est là une zone où il n'y a pas de gros vaisseaux, pas de grosses bronches, pas de gros troncs lymphatiques. C'est précisément le siège dans la région sous-pleurale qui explique les douleurs, leur apparition précoce et leur persistance des années durant. Nous verrons plus loin que la majorité des auteurs attribue à la douleur thoracique vive et rebelle un caractère d'orientation vers le diagnostic de néoplasme malin du poumon. Il faut bien dire que ce caractère, pour exact qu'il soit, souffre des exceptions, à savoir les cas où une lésion de nature non maligne siège dans cette zone corticale sous-pleurale, dont l'atteinte est habituellement douloureuse. Notre observation illustre ce fait.

En tout cas, nous croyons surtout qu'il faut mettre en valeur la nécessité devant toute douleur thoracique persistante de pratiquer un examen complet et de recourir notamment à la radiologie. Il y a là un truisme : et pourtant n'a-t-on pas chez notre malade pendant sept ans de suite porté le diagnostic de névralgie intercostale, et n'a-t-on pas méconnu les étapes initiales de développement de cette tumeur, faute d'avoir pratiqué pendant tout ce temps des examens radiologiques ?

Sur l'absence des signes stéthacoustiques nous n'insisterons pas : quand on sait que de volumineuses cavernes du poumon peuvent être muettes, que des

tumeurs malignes du poumon peuvent pendant longtemps ne pas donner de signes physiques appréciables, on ne peut s'étonner de l'examen pulmonaire normal dans notre cas. Ritz et Ameuil ont étudié « les limites de l'auscultation » et montré qu'elle ne peut fournir de renseignements sur des lésions situées en certaines zones ou en certaine profondeur ; de plus, lorsqu'il s'agit de lésions denses, comme dans notre cas de fibrome, lésions non irritantes, non destructives, ne provoquant pas de réactions du parenchyme pulmonaire autour de la masse tumorale elle-même, on comprend qu'on ne puisse déceler de bruits adventices à l'examen, même si cette tumeur siège dans une région relativement superficielle, comme c'était le cas chez notre malade.

Nous nous appesentirons davantage sur l'absence de toute atteinte générale, sur la bénignité de l'évolution ; il y a là en effet un caractère essentiel qui signe la nature bénigne de l'affection causale elle-même. Att-on jamais vu une tumeur maligne du poumon ne pas donner la moindre altération de l'état général pendant sept ans de suite ? Dans les observations et dans les ouvrages récents sur le cancer du poumon on fait une place aux formes torpides, aux formes latentes, mais cette torpidité, mais cette latence ne durent que quelques mois, un an au maximum, et il n'est pas d'exemple de cancer pulmonaire n'atteignant pas l'état général au bout d'un tel temps d'évolution.

2^o POINT DE VUE ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

Nous n'avons pas la compétence nécessaire pour ouvrir ici une discussion anatomo-pathologique sur ce cas si curieux de fibrome intra-pulmonaire. Néanmoins nous tenons à discuter plusieurs points :

a) *Le siège* de notre fibrome pose une question délicate, celle de l'origine réelle de cette masse fibromateuse. Les fibromes d'origine pulmonaire sont très rares pour ne pas dire inconnus. On a vu dans le chapitre précédent que nous n'avons pu retrouver que cinq autres cas semblables publiés dont deux seulement étaient sûrs, vérifiés histologiquement. Les fibromes de la plèvre ne sont pas plus fréquents, mais il semble qu'ils aient été plus souvent signalés et étudiés. Le problème se pose de savoir si notre masse fibromateuse intra-pulmonaire était d'origine pulmonaire ou pleurale.

La tumeur de notre malade était située dans la zone corticale et sa périphérie arrivait à quelques centimètres seulement de la plèvre. Mais il n'y avait aucune connexion entre la tumeur et la plèvre elle-même. L'histogenèse n'a pu être précisée et ne peut nous venir en aide : le bloc tumoral ne comportait pas d'éléments histologiques appartenant soit au poumon, soit à la plèvre et les comptes rendus anatomo-pathologiques ont insisté sur ce point. Dans le cas de R. Bettman on apprend que la masse fibromateuse était reliée par un pédicule au médiastin. Nous savons

que c'est un caractère des fibromes d'adhérer à l'organe aux dépens duquel ils se développent ou de lui être relié par un pédicule. Nous pensons donc que si ce fibrome avait été d'origine pleurale, le chirurgien n'aurait pas manqué à l'intervention de déceler quelque connexion entre la tumeur et les feuillets pleuraux. Or il n'en a rien été ; mais redisons-le, la certitude ne peut-être obtenue sur ce point et c'est la raison pour laquelle nous préférons ne pas parler de fibrome pulmonaire mais de fibrome intra-pulmonaire.

b) *L'histologie* : que la tumeur extirpée à notre malade ait été un fibrome on n'en peut pas douter, tant les examens histologiques sont nets à cet égard. Deux examens ont été pratiqués par deux techniciens différents à plusieurs mois de distance et sans qu'aucune indication spéciale n'ait été donnée à l'un ni à l'autre ; on sera frappé de la similitude de leurs conclusions, bien plus, de la similitude des termes qu'ils emploient : « trousseaux de *fibroblastes*, séparés par de nombreuses *fibres collagènes*, alternance avec des *zones œdémateuses étendues* ; *vaisseaux adultes normaux*. Dans les deux examens et surtout dans celui de P. Gauthier-Villars on met nettement en valeur l'absence certaine de signes histologiques de malignité : « Il n'existe aucun aspect histologique de malignité, les noyaux sont tous de même taille, sans mitose ni monstruosité. »

Nous noterons également la ressemblance histolo-

gique de notre cas avec les deux autres dans lesquels fut pratiqué l'examen microscopique.

Dans l'observation II (R. Bettmann), l'anatomopathologie concluait à un fibrome typique ; dans l'observation III (R. Bloch), elle déclarait que la tumeur était constituée par un petit fragment de tissu fibreux présentant des trousseaux en tourbillons à noyaux relativement égaux ; absence de mitoses.

Donc similitude de ces 3 cas à l'examen histologique.

Enfin nous devons rendre à l'examen histologique l'hommage qu'il mérite : c'est à lui que revient le mérite d'avoir prouvé qu'il s'agissait bien d'un *fibrome* et de rien d'autre.

En vérité, comme nous l'avons dit ci-dessus, la clinique permettait de penser, par la bénignité même de l'évolution, qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne mais elle ne pouvait préciser davantage. Dans les 3 observations de Böger et Voigt que nous avons résumées au chapitre II, ces auteurs arrivent au diagnostic de fibrome par raisonnement, par hypothèse, mais ne peuvent donner de certitude, n'ayant pas fait enlever la masse intra-pulmonaire ni pratiquer l'examen microscopique.

Il faut en conclure que le diagnostic de fibrome du poumon ne peut être porté que tout à fait exceptionnellement, car les cas ne sont pas fréquents où l'on aura l'occasion de demander et d'obtenir l'ablation de la masse intra-pulmonaire. Nous croyons que si cette ablation était plus souvent effectuée on trouverait

davantage de fibromes du poumon, et nous aurons l'occasion de le redire plus loin en étudiant les images radiologiques arrondies du poumon qu'on ne pense pas habituellement à lui attribuer.

c) *Nature exacte de la tumeur fibromateuse* : la lecture de l'observation de René Bloch nous suggère d'autres réflexions. Cet auteur étiquette son cas « tumeur fibreuse du poumon d'origine hydatique ». Nous avons été frappés de la ressemblance de son cas et du nôtre : même latence clinique, même image radiologique, mêmes constatations histologiques. Ayant pensé avant d'intervenir qu'il s'agissait d'un kyste hydatique, ayant trouvé à l'intervention une masse fibromateuse, il n'abandonne pas l'hypothèse de l'origine hydatique. Il donne comme argument les résultats fournis par le laboratoire : réaction de Weinberg faiblement positive — réaction de Casoni nettement positive — éosinophilie : 7 %.

Pour notre part, nous pourrions également invoquer la *réaction de Casoni positive* chez notre malade en faveur de l'hydatisme. René Bloch pensait qu'une tumeur hydatique peut subir la transformation fibreuse et il écrit qu'il s'agit sans doute « d'un noyau inflammatoire ayant évolué vers la sclérose ». Nous pourrions invoquer la même hypothèse. Elle nous paraît cependant trop hardie et dépourvue de bases réelles.

D'ailleurs, M. Louis Bazy, qui rapportait à la Société de Chirurgie l'observation de René Bloch, arrivait aux

mêmes conclusions que nous : « Je dois avouer, disait-il, que je me serais plus volontiers rangé à son opinion si j'en avais trouvé une confirmation soit dans la présence d'échinocoques, soit dans les lésions anatomiques spécifiques — les seules qui soient à mon avis capables d'emporter notre totale conviction. » Nous ferons nôtres ces conclusions, et notre conviction n'est pas emportée... On ne connaît pas, semble-t-il, suffisamment la transformation scléreuse totale des tumeurs liquides hydatiques pour en affirmer l'existence sans preuves anatomo-histologiques.

3^o POINT DE VUE RADIOLOGIQUE.

Le caractère primordial de l'image radiologique chez notre malade est d'être une image ronde, nettement délimitée, *comme tracée au compas*, selon l'expression classique, formant un cercle parfait, à bords réguliers et nettement marqués, comme on peut s'en rendre compte sur la radiographie ci-dessus, prise un mois avant l'intervention chirurgicale.

De profil cette ombre présente aussi la même forme arrondie.

D'autre part, dans les cinq observations que nous avons relatées plus haut, le même caractère circulaire des images est retrouvé :

Dans le cas de R. B. Bettman (voir schéma), cette ombre, située au sommet gauche, a des limites extrêmement distinctes, très arrondies, à convexité inférieure, tenant presque tout l'apex gauche.

Chez la malade de R. Bloch c'est une ombre arrondie grosse comme une mandarine régulière, siégeant dans l'angle costo-vertébral au niveau du col de la huitième côte gauche, intra-pulmonaire mais affleurant la surface du poumon.

Les observations de Böger et Voigt sont aussi très caractéristiques :

La première donne une image dans le tiers moyen du champ pulmonaire gauche, entre le bord du thorax et le cœur, ombre arrondie comme un cercle, bien limitée, de la grandeur d'une pièce de cinq marks.

La deuxième observation montre dans la partie inférieure du champ pulmonaire gauche, reposant sur le diaphragme, une ombre homogène de la grandeur d'une pomme, très dense et *très bien circonscrite*.

Enfin, dans leur troisième cas, l'image est située au niveau de l'apex droit du poumon, image bien circonscrite à convexité vers le bas.

Nous voyons dans ces exemples que la forme de l'image radiographique est nettement arrondie, très nettement délimitée, à bords réguliers.

Ces remarques radiologiques commandent naturellement à discuter le diagnostic des images rondes, discussions qui ne pouvaient amener qu'à produire maintes erreurs de diagnostic :

En présence de ces images radiologiques arrondies, la première hypothèse qui fut formulée est celle de kyste hydatique.

Chez notre malade c'est ce diagnostic probable qui

nous a arrêté. R. Bettman pensait lui plutôt à un abcès encapsulé secondaire à quelque affection du cou ou bien à un empyème enkysté.

R. Bloch à un kyste hydatique superficiel.

Böger et Voigt, tout en ne relatant pas les hypothèses faites avant les examens, pensaient eux aussi à une histoire d'hydatisme.

Quoi qu'il en soit, que l'erreur de diagnostic soit due à l'hypothèse d'un kyste hydatique, d'un cancer ou de toute autre affection pulmonaire, jamais on n'a pensé à un fibrome, excepté Böger et Voigt qui supposent que les affections qu'ils rapportent doivent être des fibromes, mais cela sans preuves.

La radiologie dans le cas de fibrome intra-pulmonaire revêt une importance primordiale.

En effet, c'est elle qui est l'élément de révélation, aucun symptôme net n'aiguille l'observateur vers une affection pulmonaire ; dans notre cas une douleur spontanée à l'hémithorax gauche et c'est tout ; aucun signe physique, aucun autre signe fonctionnel, rien qui put faire penser à une localisation pulmonaire.

R. Bettman rapporte lui aussi la présence de douleurs à la partie supérieure de l'hémithorax gauche, irradiées au bras gauche, et une matité de l'apex gauche.

R. Bloch, lui, ne trouve rien : c'est la malade qui, étant fatiguée et présentant une légère température vespérale a demandé elle-même une radiographie qui fut révélatrice,

Böger et Voigt ne citent eux aussi que des signes minimes :

Dans le premier cas c'est la lassitude et des douleurs au bras droit.

Dans le deuxième cas ce sont aussi des douleurs.

Dans le troisième, c'est la radiographie qui est concluante, la malade n'étant admise à l'hôpital que pour des troubles cardiaques et une légère aphonie.

Nous voyons donc que dans ces 5 cas c'est la radiographie qui est le signe capital, l'élément de révélation.

Mais le fait que la radiographie montre en ces cas-là une image qu'on ne soupçonne pas ne veut pas dire qu'il ne faut s'en tenir qu'à ce signe et bâtir sur ce renseignement qui, certes, a une grosse importance un diagnostic définitif.

En effet, la présence d'une telle image, arrondie, nette, à bords réguliers, se trouve dans maintes affections pulmonaires ; au premier rang de celles-ci le kyste hydatique si bien que devant toute image arrondie intra-pulmonaire l'enseignement classique conduit par un véritable réflexe à porter d'abord le diagnostic de kyste hydatique. En effet, cette signification des images arrondies est unanimement acceptée, depuis la classique définition de Bécclère : « le kyste hydatique réalise une ombre arrondie, foncée, le plus souvent sphérique, d'aspect homogène, à contours nets « comme tracés au compas » tranchant sur la clarté du parenchyme voisin ».

On voit donc toute l'importance que nous devons

attacher à l'existence d'images radiologiques arrondies dans les cas de fibrome pulmonaire dûment vérifiés.

Dans tous les cas le fibrome s'est traduit par une image arrondie.

Il faut en conséquence ne pas admettre sans restriction que toute image radiologique arrondie dans un champ pulmonaire signifie au premier chef : kyste hydatique. C'est là un point essentiel de ce présent travail et nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin dans un chapitre spécial consacré au diagnostic d'images arrondies.

4° L'ÉVOLUTION.

Nous aurons quelques mots à dire sur les caractères évolutifs de notre cas :

a) *Cliniquement* : nous tenons à faire remarquer la conservation parfaite de l'état général chez la malade, comme nous l'avons déjà dit, c'est peut-être là le meilleur signe de bénignité. et tous ceux qui ont traité des tumeurs bénignes du poumon sont d'accord à ce sujet. Il y a plus : si la tumeur enlevée avait eu des caractères de malignité il est fort probable que l'intervention chirurgicale aurait hâté la diffusion, l'envahissement, les métastases. Rien de tel : l'état général se maintient excellent, même meilleur qu'auparavant, dix-neuf mois après l'opération.

b) *Radiologiquement* : mais l'évolution des images

radiologiques est encore plus intéressante : en effet, une fois la tumeur enlevée on a vu persister une image curieuse. Là où siégeait l'image arrondie très dense on a vu après exérèse de la masse tumorale une image *plus grosse* dans tous les diamètres mais de teinte plus claire, traduisant l'existence de tissu par conséquent moins dense (v. schéma). Comment peut-on interpréter une telle image ? Si on l'avait constatée quelques mois plus tard on aurait pu l'attribuer à une récurrence du fibrome. Mais cette image fut trouvée dès le lendemain de l'opération. Aussi nous avons pensé que cet aspect est dû à la condensation, à l'atelectasie du tissu pulmonaire autour de la masse fibromateuse et surtout à la sclérose qui a dû inévitablement se produire pour boucher la cavité intra-pulmonaire laissée béante par l'enlèvement du fibrome.

En tout cas, cette même image persiste un an et demi après l'opération, bien que sa taille ait quelque peu diminuée (voir schéma).

Nous avouons que la persistance de cette image et sa forme toujours arrondie nous a troublé : l'hypothèse formulée dans les lignes précédentes nous a paru la seule plausible mais ce n'est là qu'une hypothèse.

CHAPITRE IV

Allure générale des tumeurs bénignes du poumon

Il n'existe pas de description synthétique des tumeurs bénignes du poumon. Nous pouvons tenter cette synthèse à l'aide de notre observation et de celles que nous avons pu réunir. Les traits essentiels de l'affection seront d'ailleurs très rapidement esquissés étant donné le peu de signes qu'elle fournit.

VARIÉTÉS DE TUMEURS BÉNIGNES : ces tumeurs bénignes sont de nature diverse : à côté des fibromes, on a retrouvé des chondromes ou enchondromes, des neurinomes, des ostéomes, des lipomes, des adénomes, etc.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX. — *Allure clinique* : comme on l'a déjà vu par la lecture de nos observations, les tumeurs bénignes du poumon sont essentiellement latentes. Ce sont parfois des trouvailles inattendues de radiologie ; les signes révélateurs en sont extrêmement peu nombreux. La douleur est à peu près le seul qui soit signalé, douleur d'ailleurs relativement peu

intense, douleur qui n'est en rien comparable aux vives douleurs, parfois atroces, des cancers pulmonaires. Cette douleur persiste sans aggravation des mois et des années ; dans notre cas, la tumeur fut découverte alors que la douleur existait depuis sept ans. Les signes physiques ne sont pas davantage significatif, ils n'invoquent pas l'idée d'une « masse tumorale ».

Dans certains cancers du poumon, la matité de bois très importante, la grosse diminution de la respiration, voire le « trou auscultatoire », les signes de compression peuvent éveiller l'idée d'une tumeur. Cependant, un plus grand nombre de cancers pulmonaires ne donne pas de signes aussi évocateurs ; les tumeurs bénignes n'en donnent jamais, semble-t-il. Tout se borne à une matité banale, à quelques modifications légères du murmure, sans bruits adventices surajoutés. Lorsque la néoformation bénigne est de petite taille et de siège central, on ne décèle absolument aucun signe stéthacoustique anormal.

Les signes radiologiques sont donc les plus importants, comme nous l'avons déjà dit. Les tumeurs bénignes pulmonaires ont comme caractéristique de se traduire par une image arrondie, pseudo-kystique et ce caractère est surtout frappant pour les fibromes qui nous occupent plus particulièrement. Toutefois, les enchondromes donnent des images un peu différentes et leurs aspects ont été précisés dans la thèse de Illovici : en effet, elles sont uni- ou multilobées, plages d'ombre vaguement circulaire, mais à bords

irréguliers, mamelonnés, bien que nets ; et surtout l'opacité de ces images serait variable, plus marquée en de certaines zones, moins foncée dans la zone voisine, ces différences traduisant les ossifications plus ou moins marquées des différentes parties de la tumeur.

Pour les neurinomes nous avons relevé des images également arrondies dans l'ensemble, de très forte densité, mais siégeant surtout aux lobes supérieurs, images de très grosse taille dont la limite vers le bas est curviligne, capable de simuler une ligne scissurale, de sorte que l'image dans son ensemble pourrait parfois simuler de loin une image de lobite supérieure. Comme la lobite, en effet, il y a là une image occupant le lobe dans son entier, allant jusqu'au médiastin, jusqu'au rachis et ne laissant pas d'espace clair entre l'ombre tumorale et la paroi thoracique.

C'est l'évolution qui, en réalité, peut le plus traduire le caractère bénin de la masse ainsi découverte radiologiquement, par la conservation de l'état général, par la persistance de l'image radiologique inchangée au cours de cette longue évolution.

Pour Böger et Voigt, c'est un des meilleurs arguments en faveur d'une tumeur bénigne que cette image retrouvée toujours identique à elle-même pendant plusieurs années. A la vérité, cet argument n'est peut-être pas aussi valable qu'ils le prétendent, car un kyste hydatique peut lui aussi donner une ombre immuable pendant un très long temps.

D'autre part, une tumeur bénigne peut parfaite-

ment augmenter de volume et l'image radiologique peut donc croître ou régulièrement ou assez rapidement, et nous rappelons que ce dernier cas se trouva réalisé chez notre malade.

En définitive, il n'y a pas de traits cliniques ou radiologiques spéciaux aux tumeurs bénignes du poumon ; elles n'ont que des signes d'emprunt. On comprend donc aisément les erreurs habituellement commises ; la rareté de ces tumeurs bénignes n'est peut-être pas aussi grande qu'on pourrait le croire, mais il est probable qu'en l'absence de signes permettant de les reconnaître avec certitude on doit en méconnaître un certain nombre.

Parmi ces tumeurs bénignes en est-il qui possède quelques signes plus spéciaux ? Nous croyons devoir rappeler :

1^o Que les fibromes plus que toutes les autres néoformations bénignes se traduisent par des images radiographiques arrondies pseudo-kystiques et par une évolution parfaitement latente ;

2^o Que les chondromes, en raison de leur dureté et de leur densité donnent plus rapidement des signes de compressions et se traduisent par une image de teinte inégale et de contours multilobés.

Bien entendu, les tumeurs bénignes à la longue peuvent par leur accroissement réaliser enfin véritablement un syndrome tumoral qui n'a rien de spécial en soi. C'est alors que les douleurs deviendront intenses, continues, en nappe, en ceinture, redoublant en certaines positions, à la respiration, au rire,

à la toux, et résistant à tout traitement. C'est alors également que pourront apparaître la toux, la dyspnée, parfois même des hémoptysies. Localement on pourra trouver des signes physiques traduisant l'existence d'une masse pleine dans le parenchyme pulmonaire : matité, diminution ou abolition des vibrations vocales, absence du murmure vésiculaire ou souffle de compression bronchique, avec signes surajoutés de congestion, ou de réaction pleurale autour de cette masse. Dès lors les grands signes de compressions bronchiques, veineuses, nerveuses, lymphatiques même pourront se voir jusqu'à réaliser le tableau bien connu des grosses tumeurs médiastinales — mais il n'y a là rien de spécial — toutes les tumeurs intra-thoraciques peuvent donner un tel tableau.

Aussi bénignes soient-elles, ces tumeurs de grosse taille peuvent par leur volume même devenir menaçantes et provoquer enfin la terminaison fatale. Encore cette terminaison est-elle exceptionnelle et ne survient elle qu'au terme d'une évolution portant sur de longues années.

CHAPITRE V

Diagnostic des tumeurs bénignes du poumon.

Est-il possible de faire le diagnostic d'une tumeur bénigne du poumon ?

Ce diagnostic paraît bien difficile à poser et la vérité oblige à reconnaître que dans toutes les observations, la nôtre incluse, il n'a été posé qu'après coup. Comment en pourrait-il être autrement puisque ces tumeurs bénignes sont tellement rares qu'on n'y pense pas et que leur symptomatologie, au demeurant, n'a rien de spécial et comporte au contraire des manifestations trompeuses faisant plutôt penser à des affections pulmonaires plus communes et mieux connues.

1^o DIAGNOSTIC CLINIQUE.

La clinique seule est incapable de laisser même soupçonner l'existence d'une tumeur bénigne du poumon.

Seuls, certains symptômes fonctionnels attirent l'attention : ils peuvent être à l'origine de nombreuses erreurs.

a) *La douleur thoracique* est le symptôme révélateur habituel ; trop souvent elle est baptisée « névralgie intercostale ». Rappelons que cette dénomination fut appliquée pendant sept ans à la douleur qu'accusait notre malade. C'est l'occasion de souligner une fois de plus la nécessité absolue de ne jamais se contenter de ce diagnostic facile de névralgie intercostale. Une telle névralgie doit faire sa preuve et l'on n'a pas le droit de le porter sans avoir au préalable pratiqué l'examen radiologique, à plusieurs reprises s'il y a lieu. Pour peu que cette douleur thoracique soit persistante, rebelle aux différents traitements locaux ou calmants de la douleur, l'examen radiologique s'impose.

D'autres fois la douleur thoracique persistante fait poser le diagnostic de « pleurite » ; là encore on ne saurait trop s'élever contre la facilité avec laquelle on accepte ce diagnostic. Même si des frottements pleuraux authentiques sont perçus, ils peuvent n'être qu'une réaction surajoutée à quelque chose d'autre, et de toute manière l'examen radiologique doit encore intervenir de toute nécessité. Enfin, tous les auteurs s'accordent à penser que les douleurs thoraciques rebelles, intenses, doivent éveiller le soupçon d'un néoplasme malin possible du poumon. Certes cette notion se vérifie fréquemment, mais elle souffre des exceptions. En tout cas l'examen radiologique une fois de plus peut seul être juge en pareil cas.

b) *D'autres symptômes fonctionnels* peuvent aussi prê-

ter à confusion : la toux, l'expectoration, les crachats hémoptoïques et même la dyspnée ne sont que des signes banaux, communs à bien des affections pulmonaires. Devant leur constatation il conviendra de ne pas rester en suspens, de ne pas porter des diagnostics simplistes, de ne pas hésiter à demander l'examen radiologique.

2^o DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

C'est donc la radiologie, comme si souvent en pneumologie, qui peut révéler l'existence de la tumeur bénigne du poumon.

Mais peut-elle précisément traduire le caractère de bénignité de cette tumeur ? En pratique elle n'a pas ce pouvoir. En effet, nous avons vu que les images radiologiques des tumeurs bénignes et surtout des fibromes se présentent sous forme d'opacités arrondies, pseudo-kystiques. C'est dire qu'on pense immédiatement à un kyste hydatique du poumon. Si l'on a la pratique des examens radiologiques, on sait déjà que le kyste hydatique n'est pas la seule éventualité à discuter en présence d'une telle opacité arrondie. On cherche alors s'il ne s'agit pas d'un cancer du poumon, primitif ou secondaire, voire d'une affection plus rare encore, d'un kyste dermoïde par exemple. Il est absolument exceptionnel qu'on songe à la possibilité d'une tumeur bénigne, tant l'existence de cette affection est peu connue.

Nous pensons que l'hypothèse d'une tumeur bénigne doit être systématiquement soulevée devant une image

arrondie dans le poumon. C'est pourquoi nous avons cru devoir dans le chapitre suivant consacrer quelques pages à l'étude critique de ces images arrondies intrapulmonaires d'interprétation si délicate.

3^o DIAGNOSTIC ÉVOLUTIF

Lorsque la radiologie a fait voir dans un champ pulmonaire une image radiologique curieuse, spéciale, arrondie prouvant l'existence d'un noyau tumoral, l'évolution peut-elle plaider en faveur de la bénignité de cette tumeur ?

L'absence d'atteinte générale, l'absence d'augmentation ou tout au moins d'augmentation rapide de volume de cette tumeur, l'absence de métastases sont en effet les arguments importants pour écarter le diagnostic de cancer pulmonaire.

Mais une gomme syphilitique, mais un kyste hydatique ne peuvent-ils pas comporter cette même allure bénigne et latente ?

Ce que nous voudrions établir, à l'aide de notre observation et des autres cas que nous avons pu réunir, c'est qu'avant d'arriver au diagnostic de gomme ou de kyste, on devrait aussi soulever l'hypothèse de la tumeur bénigne. A plusieurs reprises au cours de ce travail nous exprimons ce même souhait.

Les différents auteurs qui ont publié des cas de tumeurs bénignes du poumon avaient tous commencé à faire des erreurs de diagnostic parce qu'on ne pense jamais qu'il peut exister de telles tumeurs bénignes et notamment des fibromes du poumon. Par conséquent,

si l'allure évolutive d'une tumeur intra-pulmonaire reconnue à la radio écarte la malignité de cette tumeur, il faut se dire qu'au nombre des diagnostics à discuter figurent les tumeurs bénignes qui ne sont peut-être pas plus rares que le kyste hydatique sous nos climats ou encore que la gomme syphilitique.

Bien entendu cette discussion reste très délicate ; nous n'avons pas d'éléments de certitude. Toutefois la gomme syphilitique sera éliminée par l'absence de commémoratifs, de réactions sérologiques positives, de stigmates de syphilis et surtout par l'échec du traitement anti-syphilitique.

Quant au kyste hydatique plusieurs auteurs, aux premiers rang desquels Sergent, ont bien montré qu'il était illogique d'y penser tout d'abord, étant donnée la rareté de cette affection dans nos contrées. Malheureusement pour écarter le diagnostic d'hydatisme les arguments sont peu péremptoirs. Les réactions de laboratoire, quand elles sont négatives n'ont peut-être pas une valeur absolue, si l'on songe à l'existence de la classique « toxicité enclose ». Quand ces réactions sont positives il y a encore des causes d'erreur et la meilleure preuve en est que, dans notre cas de fibrome intra-pulmonaire, la réaction de Casoni était positive, et que dans le cas de René Bloch relaté plus haut, les réactions de Weinberg et de Casoni étaient à la fois positives, alors que l'histologie montrait que la tumeur enlevée du poumon était purement fibromateuse.

En résumé, il n'y a pas de moyens certains d'arriver au diagnostic précis de tumeur bénigne du poumon. On doit se contenter de soulever la question de ce diagnostic ; on doit penser à l'existence de ces tumeurs bénignes, alors que jusqu'ici il n'en est jamais fait mention.

CHAPITRE VI

Les images radiologiques arrondies des champs pulmonaires

Somme toute la base critique de ce présent travail n'est autre que l'étude et le diagnostic des images radiologiques arrondies, décelées dans les champs pulmonaires. Nous avons rapporté l'histoire d'une malade chez qui l'on vit une telle image, prise pour un kyste hydatique : c'était une tumeur bénigne, un fibrome du poumon. Ayant eu la curiosité de rechercher les autres cas publiés de fibromes intra-pulmonaires, nous avons pu constater qu'ils comportaient également ces mêmes opacités arrondies intra-thoraciques. Nous avons donc déjà montré que ces opacités rondes décelées derrière l'écran ou sur le film radiographique ne doivent pas systématiquement faire croire à l'existence d'un kyste hydatique.

Voyons de plus près le comportement et la signification de ces aspects radiologiques circulaires intra-pulmonaires.

* * *

La tâche nous sera facilitée par la lecture d'une

intéressante thèse consacrée en 1929 par G. Peuteuil précisément à l'étude radiologique des opacités arrondies intra-thoraciques (1).

La partie strictement radiologique de cette étude ne nous intéresse guère, du moins dans le cadre de cette thèse. Mais ayant lu cette étude après la rédaction presque complète de notre travail, nous avons été frappé de voir l'auteur, au nom de la clinique et même de la radiologie, aboutir aux mêmes conclusions que nous à l'égard de ces images radiologiques arrondies du poumon.

Reproduisons fidèlement ces lignes, tirées de l'introduction de cette thèse :

« Dès la fin du siècle dernier, Béchère décrivait l'image circulaire, à contours nettement limités, comme tracés au compas, produite par le kyste hydatique pulmonaire. Depuis lors se sont révélés de nombreux processus capables de donner des images arrondies ; il n'en est pas moins vrai que cette première description de Béchère a paru créer dans le public médical une sorte d'équation entre la notion de kyste hydatique et celle d'image circulaire. Actuellement encore, le radiologue peu averti a peine à s'affranchir du diagnostic en quelque sorte réflexe de kyste hydatique devant toute ombre circulaire qui se projette dans les champs pulmonaires.

« Et cependant le diagnostic de kyste hydatique ne s'impose en pareil cas ni par des raisons spéciales de

1. G. Peuteuil : Contribution à l'étude rad. Thèse de Paris, 1929, n° 445, Amédée Legrand, éditeur.

fréquence, ni par des raisons spéciales de nature. Car d'une part, la proportion de kystes hydatiques est faible en Europe par rapport à l'ensemble des images arrondies, d'autre part la forme ronde est moins le fait d'une nature particulière que des conditions physiques et mécaniques qui président à son apparition. »

Et G. Peuteuil s'attache en effet à démontrer qu'un certain nombre de conditions physiques et mécaniques peuvent, quelle que soit l'affection causale, imprimer à des lésions intra-pulmonaires — voire intra-thoraciques — une forme arrondie, et par conséquent un aspect circulaire en radiologie. Nous n'avons pas, pour notre part, à entrer dans ces explications théoriques et ceux que la question intéresse se reporteront à cet intéressant travail.

Nous nous proposons simplement, *dans un but essentiellement pratique*, de classer clairement les différentes lésions qui peuvent se traduire à l'écran par des opacités arrondies dans un champ pulmonaire. La thèse de Peuteuil nous fournit à cet égard des documents intéressants et nombreux mais nous devons à la vérité de reconnaître que, pour nombreux et démonstratifs qu'ils soient, ils apparaissent mal classés aux yeux du praticien.

Nous classerons ces opacités arrondies comme suit :

- 1^o Opacités par lésions extra-pulmonaires ;
- 2^o Opacités par lésions intra-pulmonaires.

A. — Opacités par lésions extra-pulmonaires.

Toute image sphérique aperçue sur un champ pulmonaire ne signifie pas forcément lésion intra-pulmonaire. Par différents procédés (examen et prise de films en différentes positions ; de face, de dos, en oblique, en transverse, recherche des effets de la toux ou même examen après injection lipiodolée, ou enfin radiographie stéréoscopique etc.), le radiologue doit en effet commencer par indiquer la situation exacte de l'image en question.

Elles sont dues :

I^o A DES LÉSIONS D'ORIGINE OSSEUSE.

a) *Ostéosarcome costal ou sternal.* — Mais alors l'image n'a pas de contours très réguliers, elle est de teinte inégale et surtout on voit qu'elle a des connexions avec une côte qui présente elle-même des lésions nettes : image irrégulière avec zone de décalcification ou bien même de disparition osseuse, zone au contraire d'hypertrophie osseuse (os soufflé).

b) *Abcès froid de la paroi.* — Cas relativement fréquent ; l'image est alors assez nettement circulaire mais de teinte généralement peu foncée. Cette image est située presque toujours dans les régions latérales du thorax ; il est facile, radiologiquement, de voir qu'il s'agit d'une lésion à siège pariétal et clinique-

ment il est facile aussi d'arriver au diagnostic d'abcès froid et même de trouver son point de départ vertébral, costal ou pleural.

c) *fibrome costal* (Duval), *kyste hydatique costal*. Toutes ces ombres pariétales ont des caractères communs sur lesquels Maingot insiste toujours dans son enseignement, à savoir :

- pendant l'inspiration, *déplacement de bas en haut* (alors que les ombres pulmonaires se déplacent de haut en bas).
- à la toux, *déplacement de même sens que les côtes* (alors que les ombres pulmonaires se déplacent en sens inverse des côtes) ;

2^o A DES LÉSIONS D'ORIGINE PLEURALE

L'atteinte de la plèvre peut donner elle aussi des images radiologiques rondes ; G. Peuteuil en cite quelques exemples dans sa thèse et, de notre côté, nous en avons observé quelques exemples pendant notre fréquentation de l'hôpital Laennec et du dispensaire Léon Bourgeois.

a) *Pleurésies partielles enkystées*. — Certaines pleurésies partielles enkystées peuvent montrer de telles images : c'est surtout le cas, d'après Peuteuil, pour les pleurésies enkystées *diaphragmatiques*, comme dans l'observation de Bénard, Aimé et Gillet (1). Mais les

1. Bénard, Aimé et Gillet : *Bulletin soc. rad. méd. française*, avril 1925, n^o 118, p. 101,

pleurésies enkystées *axillaires* nous ont paru plus souvent encore réaliser cet aspect ; nous avons pu observer au dispensaire Léon Bourgeois plusieurs malades qui conservaient une telle image comme séquelle d'un épanchement enkysté, lui-même consécutif à un pneumothorax artificiel.

Dans les deux cas il est aisé de reconnaître l'origine pleurale de l'ombre, qui « colle » à la région pariétale, pleurale. D'ailleurs — et sur ce point nous sommes d'accord avec G. Peuteuil — ces opacités sont souvent moins sphériques qu'elliptiques. Un dernier cas ne doit pas être oublié : c'est celui des pleurésies enkystées *interlobaires*. De nombreux travaux ont montré que, si le diagnostic entre pleurésies interlobaires et abcès du poumon est parfois extrêmement délicat, c'est précisément parce que la traduction radiologique elle-même peut être semblable, sous forme d'une image arrondie qui paraît siéger en plein champ pulmonaire. On trouve déjà cette notion signalée dans l'importante thèse de Kourilsky (1).

Depuis lors, on a maintes fois signalé cet aspect radiologique possible dans les pleurésies interlobaires enkystées : pour faire le diagnostic, il faut pratiquer l'examen radiologique en position oblique, ce qui permet de voir la disposition allongée, fusiforme de l'image, suivant le trajet de la scissure.

1. Kourilsky, *Les abcès du poumon*. Thèse Paris, 1929. Arnette, éditeur, p. 452.

b) *Lésions pleurales rares : néoplasmes malins de la plèvre, fibro-sarcome pleural* (Garré) et surtout *kyste hydatique ou fibrome intra-pleural*.

Le kyste hydatique de la plèvre a été étudié par Dévé. Cet auteur a montré que ces kystes hydatiques sont les uns franchement pleuraux, les autres sous-corticaux, pédiculisés, entourés d'une coque de pachypleurite. Ce sont ces derniers surtout qui donneront de grosses images arrondies à l'écran.

Quant au fibrome intra-pleural il peut donner une image tellement semblable à celle du kyste hydatique que l'erreur a été commise, comme le prouve une observation de Duval (1).

Nous rappellerons que nous avons discuté précédemment l'origine pleurale possible du fibrome extirpé du thorax de notre malade : bien que ce fibrome fût assez superficiel, il n'avait absolument aucune connexion avec les feuillets pleuraux, pas de pédicule le reliant à la plèvre.

Enfin, on a même décrit des hématomes intra-pleuraux qui pouvaient prendre derrière l'écran radiologique un aspect circulaire.

3° A DES LÉSIONS D'ORIGINE MÉDIASTINALE.

Le médiastin fournit un contingent important de lésions, traduites en radiologie par des opacités circulaires.

1. Duval: Ablation d'un volumineux fibrome de la plèvre, *Bull. soc. chir.*, Paris, 1923. p. 700.

a) *l'anévrisme de la crosse aortique* doit être cité le premier. En effet il constitue une cause d'erreur non exceptionnelle. Certes si l'ombre arrondie est animée de battements et d'expansion, le diagnostic est facile ; mais assez souvent les contours de l'image anévrysmale sont immobiles. C'est alors à l'examen en position oblique — et surtout en oblique antérieure droite — de montrer le rattachement de l'image circulaire à l'ombre aortique elle-même. On sait, au demeurant, que parfois ce diagnostic reste extrêmement délicat.

b) *lésions médiastino-ganglionnaires* : ce sont elles qui fournissent la plus grande part des images arrondies médiastinales qui nous occupent.

Adénopathies trachéo-bronchiques : le fait est rare ; cependant nous avons pu observer au dispensaire Léon Bourgeois un cas de cette sorte chez un enfant ; on put se demander un moment s'il ne s'agissait pas d'une tumeur du médiastin, mais les commémoratifs, l'enquête familiale, la disparition spontanée de l'image anormale firent le diagnostic.

Tumeurs à point de départ ganglionnaire : elles sont bien connues et il nous suffira de les citer : *lymphadénome*, *lymphosarcome*, *maladie de Hodgkin*. On sait que ces affections donnent électivement des images arrondies, souvent de grande taille. Il est certain que l'ensemble du tableau clinique, et notamment la précocité et l'intensité des signes de compression médiastinale, aident singulièrement au diagnostic. Du point de vue purement radiologique, on est orienté par les

contours souvent peu nets, assez flous et surtout par l'examen oblique montrant la localisation et l'envahissement dans la région médiastinale. Il est des cas cependant où ce diagnostic reste très difficile et pour une malade suivie au dispensaire Léon Bourgeois dans le service de notre maître Léon Bernard, le doute subsista plus d'un an, jusqu'à la terminaison brutale dans un grand syndrome de compression médiastinale.

c) *Tumeurs médiastinales proprement dites.* Des fibromes, des sarcomes, des kystes dermoïdes, des kystes hydatiques du médiastin ont encore été observés : là aussi, diagnostic facilité par la compression médiastinale précoce et par une image radiologique à point de départ et à localisation prédominante dans le médiastin ;

d) *Un cas particulier, hypertrophie du thymus :* chez le nourrisson, avec une ombre plus polycyclique qu'arrondie et de localisation médiastinale antérieure et supérieure ;

e) *Une autre rareté : certains goîtres plongeants ou aberrants,*

B. — Opacités par lésions intra-pulmonaires.

Lorsqu'on a pu éliminer l'origine superficielle, extra-pulmonaire, d'une image radiologique arrondie et préciser au contraire son siège réellement pulmo-

naire, il reste à établir sa nature exacte. Ce diagnostic, répétons-le une fois de plus, est parfois extrêmement difficile. Mais, à lire la liste ci-dessous des affections qui peuvent donner des ombres circulaires, on se convaincra aisément de la nécessité où l'on est de ne pas penser uniquement au kyste hydatique.

Nous séparerons en deux classes ces ombres radiologiques intra-pulmonaires. Cette séparation est artificielle et peut-être sujette à la critique : mais nous croyons qu'elle peut rendre des services en pratique :

- 1^o Les diagnostics peu importants ;
- 2^o Les diagnostics importants.

1^o LES DIAGNOSTICS PEU IMPORTANTS.

Entendons-nous d'abord sur ce qualificatif de « peu importants » : nous voulons simplement dire par là qu'il s'agit d'images circulaires rencontrées peu souvent et dont le diagnostic, suffisamment étayé par l'ensemble des symptômes et de tous les signes cliniques, ne souffrira pas de difficultés majeures pour peu qu'on y pense.

a) *Infarctus pulmonaires*. — Il n'est pas fréquent de voir l'image radiologique d'un infarctus pulmonaire. L'ombre qu'il donne n'est pas forcément arrondie ; elle peut l'être dans certains cas : le D^r Pellissier nous a signalé deux observations où l'on eut la bonne fortune de pouvoir pratiquer l'examen radiologique au lit du malade et de voir l'infarctus pulmonaire sous

forme d'une ombre arrondie. Mais elle était de taille relativement petite, de teinte pâle et l'on pourrait la dénommer une ombre en forme de « gros pain à cacheter ». Mais il est évident que l'ensemble de tous les autres signes de la cardiopathie causale font ici le diagnostic et l'aspect radiologique en question ne réalise dans ce cas qu'une curiosité.

b) *Gommes syphilitiques*. — Les gommes syphilitiques du poumon sont très rares mais donnent des images arrondies typiques. Elles sont de petite taille, de teinte pâle, laissant transparaître l'ombre des côtes ; elles se voient chez des sujets dont les stigmates de syphilis ancienne seront retrouvés ; elles s'accompagnent habituellement d'autres signes radiologiques de sclérose pulmonaire, médiastinale ou bronchique. Ce n'est qu'à titre exceptionnel, comme dans une observation de Bensaude et Emery, que la gomme pulmonaire peut simuler un kyste hydatique ou un cancer du poumon.

c) *Cavernes pulmonaires*. — Il peut paraître paradoxal de citer les cavernes pulmonaires parmi, les affections donnant des images arrondies et *pleines* en radiologie. Cependant le fait peut s'observer. On a décrit de telles cavernes « emplies » et l'on a parfois l'occasion d'en rencontrer au dispensaire Léon Bourgeois. Mais alors, il s'agit d'images qui, primitivement claires, réellement cavitaires, ont ensuite montré un niveau liquide et finalement une ombre

circulaire totalement homogène. Il est possible qu'il y ait là un témoignage radiologique du comblement et même de la guérison d'une caverne tuberculeuse. L'histoire antérieure et les autres signes cliniques ne permettent pas de se tromper.

d) *Des noyaux leucémiques* pourraient encore être en cause : G. Peuteuil fournit dans sa thèse un intéressant cliché d'un tel cas en soulignant la ressemblance offerte par l'image de ce noyau pulmonaire de leucémie lymphoïde avec l'image de la gomme syphilitique pulmonaire.

e) *Certaines scléroses denses du poumon* ont même pu par leur aspect arrondi donner des images circulaires, pseudo-kystiques ; tel est le cas de Solomon, Maingot et Coste (1). On s'est occupé dans ces dernières années des scléroses nodulaires du poumon, et si Macaigne et Nicaud ont montré que cette sclérose nodulaire donne surtout des images radiologiques de petite taille simulant plutôt la tuberculose miliaire, il n'empêche que dans certains cas les nodules peuvent être d'assez grosse taille. Mais nous ne citons ces faits que pour mémoire, car la multiplicité des images nodulaires est ici tout à fait spéciale.

f) *Pneumolithes*. — Il n'est pas jusqu'à des pneumolithes, de véritables calculs du poumon, qui n'aient

1. Solomon, Maingot et Coste : Soc. Méd. Hôp., Paris, juillet 1922.

été cités comme donnant des images arrondies mais très foncées et de petite taille (Manoel et Abreu).

g) *Images lipiodolées*. — Enfin il ne faut pas oublier de rappeler que, chez certains sujets, du lipiodol injecté dans les bronches, ou même par certains auteurs audacieux en plein parenchyme pulmonaire, peut persister et donner à l'écran des taches ou de gros amas arrondis dont on reconnaîtra bien vite l'origine.

2^o DIAGNOSTICS IMPORTANTS.

Ce sont ceux qu'évoque immédiatement la présence dans un champ pulmonaire d'une image circulaire d'assez grosse taille et de contours nets.

a) *Le kyste hydatique du poumon*. — Nous l'avons répété à de nombreuses reprises : qui dit image radiologique sphérique dans un champ pulmonaire dit kyste hydatique, suivant la notion classique. « Toutes les fois qu'on trouve une image arrondie à contours réguliers, comme tracés au compas, écrivait Moggi (d'Alger) en 1928, on peut affirmer qu'il s'agit d'un kyste hydatique (1) ».

Or, dans ces dernières années, on a vu mettre en doute la valeur diagnostique en faveur du kyste de la netteté, de la pureté des contours. En effet on a prétendu que les réactions du parenchyme avois-

1. Moggi : Les kystes hydatiques du poumon, *l'Algérie Médicale*, mai 1928, p. 247.

nant le kyste étaient constantes, d'où des contours plus flous que la description habituelle ne le dit. « Habituellement, a écrit Cottenot, les contours du kyste n'ont pas cette netteté caractéristique, et la réaction du tissu pulmonaire voisin ou de la plèvre donne une ombre périphérique floue, irrégulière, dans laquelle se noie le contour de la paroi kystique. »

Aussi, comme le fait remarquer G. Peuteuil, certains sont-ils allés jusqu'à dénier toute valeur de présomption en faveur du kyste à cette netteté de l'image radiologique circulaire. Mais, en rapportant à notre tour cette phrase de l'argentin Escudero, adoptée par Sergent, nous ne pouvons cependant que lui donner la valeur d'une boutade ou d'une mise en garde : « Quand je vois une image comme celle-ci, à contours nettement arrêtés, je rejette le diagnostic de kyste hydatique et jamais je ne me suis encore trompé. »

En réalité il est certain que les kystes hydatiques donnent le plus souvent une image radiologique très ronde, très nette. Pour nous l'argument le plus important c'est que dans nos climats le kyste hydatique du poumon n'est jamais qu'une exception. Aussi devra-t-on y penser en présence d'une telle image, mais seulement après avoir éliminé d'autres affections plus fréquentes.

b) *Abcès pulmonaires*. — C'est ainsi qu'on a appris depuis plusieurs années à bien connaître les abcès du poumon, aigus ou chroniques, et à connaître leurs

aspects radiologiques : ils donnent souvent une ombre arrondie à limites assez nettes, d'aspect général pseudo-kystique. Nous ne voulons pas insister sur ce point, qui est capital, mais qui déborde largement le cadre de ce travail.

Dans les abcès aigus, c'est-à-dire dans les grands abcès à pyogènes (à pneumocoque, à streptocoque...), on rencontre non seulement les images hydro-aériques maintenant bien connues, mais aussi ces aspects pleins, pseudo-kystiques. On en trouve déjà des exemples dans la thèse de Kourilsky, et les exemples s'en sont multipliés.

Dans les abcès gangréneux chroniques, mêmes possibilités d'images circulaires pleines. C'est ainsi que, dans leur monographie sur les suppurations gangréneuses du poumon, Léon Bernard et Pellissier (1) ont décrit deux variétés radiologiques d'abcès gangréneux solitaires : le type d'image cavitaire hydro-aérique et le type d'image arrondie, mais pleine.

Enfin, quelles que soient leurs modalités cliniques, *les abcès amibiens* peuvent aussi donner de telles images pleines et les observations publiées n'en manquent pas.

Il va sans dire que dans tous ces cas d'abcès, si le diagnostic radiologique était délicat, la clinique viendrait singulièrement en aide au diagnostic.

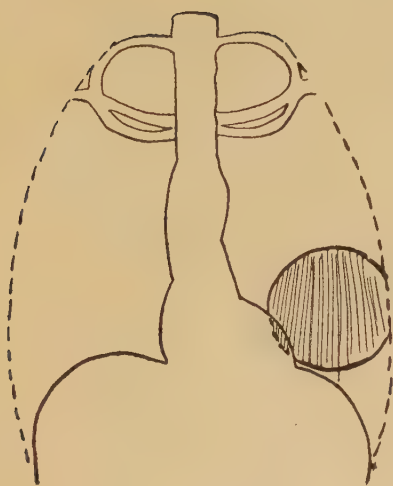
c) *Les cancers pulmonaires*. — C'est une acquisition

1. Léon Bernard et Pellissier : Les suppurations gangréneuses du poumon, Baillière et fils éditeurs, Paris 1933, page 15.

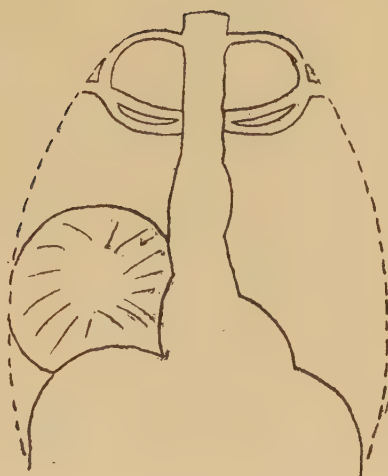
non moins importante que celle de la fréquence des images arrondies pseudo-kystiques fournie par les cancers pulmonaires. G. Peuteuil ne va-t-il pas jusqu'à écrire que c'est au cancer que doit faire penser d'abord une telle image sphérique ?

Dans le cancer secondaire du poumon, il est certain que l'aspect de noyau arrondi est caractéristique ; mais ce qui est surtout typique en pareil cas, c'est la multiplicité des images rondes, du moins dans la majorité des cas.

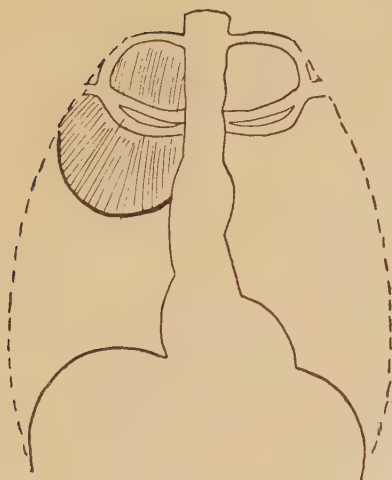
Le cancer primitif, on le sait maintenant, peut donner les aspects radiologiques les plus divers, les plus banaux en apparence et aussi une image sphérique isolée. Le sarcome serait la variété la plus riche en nombres radiologiques de cette espèce. Sans doute pourrait-on tabler sur la moindre homogénéité de l'ombre, la moindre régularité du contour, l'examen en position oblique montrant en effet les déformations, les bosselures de la masse opaque ; cependant on a publié assez souvent des cas où l'ombre radiologique était parfaitement régulière, strictement pseudo-kystique. Nous pensons donc qu'il faut toujours songer à la tumeur maligne du poumon devant toute image arrondie intra-pulmonaire. Mais ici se présente un argument de premier ordre : c'est la modification, l'augmentation rapides du volume de la masse opaque ; souvent aussi, à deux examens radiologiques successifs, elle se déforme, devient bosselée, perd le caractère strictement sphérique. A ces modalités purement radiologiques s'ajoutent évidemment tous



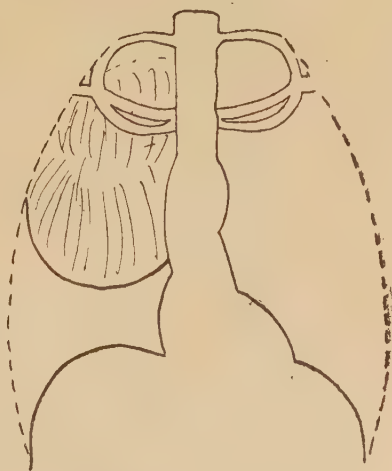
M^{me} P... Avant opération,
30 mai 1933.



Observation de J. Braine
(Kyste hydatique).



Observation de Hustin,
Coquelet et Renders (Neurinome).



Observation de J. Braine.
Cancer du poumon
(épithélioma d'origine bronchique).

les arguments cliniques, y compris l'atteinte de l'état général. Une dernière propriété, et de grande importance pratique, est la modification de l'ombre circulaire sous l'effet de la radiothérapie : certains cancers, et notamment les sarcomes, fondent littéralement par les rayons X ; l'image circulaire s'efface complètement, quitte à reparaître bientôt avec toute l'immédiate gravité que comporte cette réapparition.

Retenons donc de ce court exposé la nécessité de savoir penser d'abord aux cancers pulmonaires au vu d'une image arrondie du poumon sur un film ou derrière un écran radiologiques.

d) *Les tumeurs bénignes du poumon.* — Nous n'avons entrepris de dresser la liste des affections capables de donner des images radiologiques arrondies qu'à propos de notre cas de fibrome pulmonaire et des autres cas retrouvés par nous de tumeurs bénignes du poumon. Ces tumeurs bénignes méritaient-elles un tel honneur ? A tout prendre elles ne méritent pas d'être passées sous silence systématiquement, comme elles le sont jusqu'ici.

Nous soulignons une fois de plus ce fait que, dans toutes les tumeurs bénignes du poumon que nous avons pu relever dans la littérature médicale, la radiologie fournissait une image arrondie. Nous soulignons encore la confusion constante dans tous ces cas avec le kyste hydatique, jusques et y compris dans notre cas personnel. Böger et Voigt ont aussi signalé la confusion avec un cancer du poumon. Comme la vérifica-

tion ne peut être obtenue qu'après une opération chirurgicale, puisque dans ces tumeurs bénignes le malade continue de se bien porter, nous reprenons notre argument déjà donné, à savoir que très probablement ces tumeurs bénignes sont souvent méconnues et prises pour des kystes. Or, comme il n'y a ici aucun argument qui permette d'orienter le diagnostic vers l'hypothèse de fibrome ou de toute autre tumeur bénigne, force nous est de conclure que c'est le seul constat d'une image radiologique arrondie chez des sujets conservant leur bon état de santé qui doit obliger à ne pas passer sous silence l'hypothèse de tumeur bénigne du poumon. Si même ces fibromes, ces tumeurs bénignes pulmonaires sont très rares, on voudra bien admettre qu'on a le droit de classer leur image radiologique au chapitre des « diagnostics importants », puisque cette image arrondie, sphérique, pseudo-kystique, est à la fois leur meilleur signe et la grande cause d'erreur.

CHAPITRE VII

Pronostic

Comment fixer le pronostic des fibromes et des autres tumeurs bénignes du poumon, puisque leur histoire est si mal éclaircie, pour ne pas dire inconnue ?

Par définition, une tumeur bénigne doit comporter une évolution favorable. Notre cas, et ceux que nous avons retrouvés, s'accordent avec cette notion banale. Cependant, qui peut dire ce qu'il peut advenir d'une tumeur bénigne du poumon si elle s'accroît et si elle organise des compressions semblables à celles provoquées par les tumeurs malignes ?

Dans les observations que nous avons pu recueillir, cette éventualité ne s'est pas produite. Nous n'avons trouvé de renseignements à cet égard qu'à propos des enchondromes, dont il semble bien qu'ils soient parmi les tumeurs bénignes du poumon les plus propres à prendre une grande extension et à devenir graves par leur développement même.

Il est vrai qu'il reste toujours la ressource, si la tumeur bénigne s'accroît, d'intervenir chirurgicalement pour en libérer le poumon atteint. Chez les

malades qui ont été opérés — et opérés en vertu d'erreurs de diagnostic, il faut bien le répéter — les suites opératoires ont été assez bonnes et l'évolution toujours persistante dans la voie de la bénignité, pour que l'on reste optimiste quant au pronostic de ces tumeurs bénignes pulmonaires.

Peut-on voir survenir des phénomènes d'infection pulmonaire surajoutée à la tumeur bénigne, de même qu'un kyste hydatique peut s'infecter secondairement ? Nous l'ignorons, mais le fait n'a été signalé dans aucune des observations recueillies par nous.

Existe-t-il une transformation maligne de ces néoformations bénignes du poumon ? Nous l'ignorons aussi.

Nous devons nous borner au petit nombre de renseignements acquis à propos du petit nombre de cas connus, et ces renseignements semblent bien plaider en faveur de la bénignité réelle de ces curieuses lésions.

CHAPITRE VIII

Traitement.

On ne saurait indiquer le traitement d'affections encore aussi mal connues. Par analogie avec les autres tumeurs bénignes de l'organisme, l'exérèse chirurgicale doit être un traitement de choix. Mais une intervention chirurgicale aussi grave qu'une opération intra-pulmonaire suppose un diagnostic précis. Or, nous l'avons vu, ce diagnostic précis est impossible : on ne fait que penser à une tumeur bénigne du poumon et en réalité, lorsqu'on opère, c'est après avoir pensé à une autre affection, en pratique au kyste hydatique du poumon.

Voilà qui revient à dire que l'opération doit être proposée chaque fois que se présente à l'esprit le diagnostic de kyste hydatique du poumon, d'une part pour l'utilité de cette intervention au cas de kyste réel (et les chirurgiens argentins ont bien montré l'inocuité relative de l'intervention avec une bonne technique), d'autre part pour l'utilité aussi grande de l'opération au cas de tumeur bénigne du poumon prise pour un kyste.

A supposer même que la masse opaque vue à la

radiologie soit trouvée à l'intervention de nature cancéreuse, ne peut-on admettre que, de toute manière, on ne fait pas courir un risque immotivé au malade et qu'on a tenté au moins la chance de lui être utile ?

Mais un autre problème se pose : avant de penser à intervenir chirurgicalement, ne pourrait on recourir à la radiothérapie ? Procédé logique, semble-t-il, puisque les fibromes utérins bénéficient avec le succès que l'on connaît de l'application d'irradiations.

Malheureusement, dans les quelques observations où nous avons appris que la radiothérapie avait été appliquée, nous n'avons pas vu citer de bons résultats.

Bref, si l'on peut s'aventurer à donner des conseils thérapeutiques dans des affections pareillement mal connues, nous nous bornerons à dire que le traitement des fibromes et des autres tumeurs bénignes du poumon doit ou bien comporter l'abstention thérapeutique, si la bénignité s'avère et persiste, ou bien comporter l'ablation chirurgicale si la tumeur bénigne du poumon semble cliniquement et radiologiquement augmenter de volume, laissant des inconnues redoutables quant à l'évolution future.

Conclusions

I. — Les tumeurs bénignes du poumon sont exceptionnelles, fort mal connues et n'ont pas donné lieu jusqu'ici à une étude d'ensemble. Leur diagnostic est pratiquement impossible, tant qu'il n'y a pas un examen histologique de la masse tumorale.

II. — Or, nous avons pu suivre l'évolution d'un cas de fibrome intra-pulmonaire. Ce fibrome put être extirpé chirurgicalement. L'examen anatomo-pathologique démontra la nature fibromateuse certaine de la tumeur. L'évolution avait été bénigne et latente et, dix-neuf mois après l'opération, la malade conserve un état général florissant.

III. — De cette observation de fibrome intra-pulmonaire, il faut retenir les points suivants :

- a) Latence absolue de l'évolution ;
- b) Symptomatologie quasi nulle, la douleur thoracique, mal précisée et persistant depuis sept ans, étant le seul symptôme fonctionnel noté ;
- c) Image radiologique seule révélatrice de l'affec-

tion sous forme d'une image trompeuse, puisqu'il s'agissait d'une image arrondie à bords nets, isolée en plein parenchyme, exactement semblable à celle d'un kyste hydatique.

IV. — L'existence a été signalée de quelques tumeurs bénignes du poumon : fibromes, enchondromes, neurinomes, ostéomes, lipomes, adénomes, etc.

Dans l'ensemble ces tumeurs bénignes sont remarquables :

- par l'absence presque complète de tous signes fonctionnels physiques et généraux ;
- par l'existence d'images radiologiques révélatrices qui, la plupart du temps, sont des images arrondies, pseudo-kystiques ;
- par une évolution bénigne, prolongée durant de longues années ;
- par l'apparition extrêmement tardive de signes de compression, au moment où la tumeur bénigne a acquis un volume suffisant pour réaliser des syndromes de compressions bronchiques, veineuses, nerveuses ou médiastinales qui n'ont rien de particulier.

V. — Le diagnostic de tumeur bénigne du poumon est pratiquement impossible.

Ou bien cette tumeur est méconnue, ou bien l'image radiologique qu'elle donne fait croire à une

autre affection — et surtout au kyste hydatique et au cancer du poumon.

VI. — En effet, l'image radiologique arrondie est de règle dans les tumeurs bénignes intra-pulmonaires et surtout dans les fibromes. En présence d'une telle image, on a trop tendance, suivant la notion classique, à poser le diagnostic de kyste hydatique. Nous avons repris l'étude critique de ces images radiologiques arrondies, pseudo-kystiques, et montré qu'elles peuvent être observées en des cas très différents : néoplasmes malins, gommes syphilitiques intra-pulmonaires, kystes dermoïdes du poumon, abcès du poumon. Elles peuvent se voir également dans des affections extra-pulmonaires : anévrismes aortiques, collections pleurales enkystées.

Enfin, nous croyons qu'elles sont très caractéristiques des tumeurs bénignes pulmonaires et notamment des fibromes. La conclusion pratique s'impose de ne pas prendre toute image arrondie dans un champ pulmonaire pour l'image d'un kyste hydatique du poumon.

VII. — Par définition le pronostic du fibrome et des autres tumeurs bénignes du poumon reste favorable, à condition que cette tumeur, par son accroissement, ne réalise pas d'importantes compressions.

VIII. — Quant au traitement, il ne peut être suggéré à propos de chaque cas particulier. Tantôt ce

sera l'abstention thérapeutique, tantôt l'intervention chirurgicale pourrait être pratiquée — mais il faut bien dire qu'elle l'est surtout quand l'erreur de diagnostic a fait prendre la tumeur bénigne pour une autre affection, et le plus souvent pour un kyste hydatique du poumon.

Vu : le Président de la thèse,
BEZANÇON.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUCLAIR et GUÉNAUX. — Difficultés de diagnostic de certaines tumeurs du médiastin. *Bull. et mém. Soc. méd. Hôp.* Paris, avril 1924, n° 13, p. 132.
- BECLÈRE. — Les rayons de Röntgen et le diagnostic des affections thoraciques. Paris, Baillière fils.
- Note sur radio-diag. du cancer pulm. *Bull. Soc. rad. méd. fr.*, 1909.
- Démonstration d'un kyste hydatique du poumon. *Arch. electr. méd.*, 23 N. R., 361, 1913.
- BECLÈRE et ROUMEAUX. — Diagnostic entre kyste hydatique et tumeurs solides du poumon. *Bull. et Mém. soc. rad. méd. fr.*, mai 1923.
- Kystes hydatiques et tumeurs solides du poumon. *J. e. r.*, p. 227, 1924.
- BELLOT. — A propos du diagnostic radiologique des tumeurs du poumon. *Bull. Assoc. franç. p. l'ét. du cancer*, mai 1929.
- BELTZ. — Présentation d'un cas de tumeurs gommeuses des poumons. *Arch. electr. méd.*, 10 mai 1914.
- BETTMAN (R.-B.). — Benign fibroma. *S. Clin. North America*, 12, 1271-1273, octobre 1932.
- BLOCH (René). — Tumeur fibreuse du poumon d'origine hydatique. *Bull. et Mém. Soc. nat. de Chirurgie*, février 1933.
- BOCAGE. — Contribution à l'étude des tumeurs primitives du poumon d'origine conjonctive. Thèse de Paris, 1905.

- BÖGER et VOIGT (K.). — Zur Kenntnis der gutartigen Neubildungen der Lunge. *Klinische Wochenschrift*, t. XIII, 7 avril 1934.
- BRAINE. — A propos du diagnostic radiologique des kystes hydatiques du poumon. Société de Chirurgie, séance du 25 octobre 1933.
- BROC. — Sarcome primitif du poumon. Soc. anat., Paris, 1905.
- COULIN FRANK. — Pulmonary syphilis. *The Journ. of rad. Nebraska*, mars 1922.
- CUNÉO. — Neurinomes intra-thoraciques. Société nat. de Chirurgie, séance du 12 juillet 1933.
- DUVAL. — Ablation d'un volumineux fibrome de la plèvre. *Bull. Soc. Chir.* Paris, 1923.
- Fibrome d'origine costale et à développement intra-thoracique. *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, séance du 9 mai 1923.
- FOLTZ (P.). — Sclerosi iperplastica circoscritta e fibromi primitivi della pleura. *Arch. ital. di anat. e istol. pat.*, Jan-Feb. 1933.
- GARCIN. — Anatomie radiol. du poumon. *J. e. r.*, mars 1922. t. VI.
- HAUMER. — Les chondromes du poumon. *Ann. anat. path. méd. chirurg.*, 1927.
- HUSTIN COQUELET (O.), et RENDERS (L.). — Neurinome développé dans le thorax, sur la chaîne latérale sympathique. Soc. nat. de Chirurgie, séance du 28 juin 1933.
- ILIOVICI (Emile). — Des chondromes pulmonaires primitifs à propos d'un cas observé. Thèse Paris, 1932.
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale.
- LECÈNE. — Neurinome du médiastin postérieur opéré par thoracotomie. *Bull. Soc. Chir.* Paris, 1924.
- MELVILLE. — La radiologie dans le diagnostic des néoformations

- intra-thoraciques. *Brit. Med. Journal*, 22 octobre 1927.
- MOREL-KAHN. — Diagnostic entre kyste hydatique et cancer. *Bull. et Mém. Soc. rad. méd. franç.*, 1^{er} juin 1923.
- OUSPENSKY. — L'importance des rayons X pour le diagnostic de la maladie hydatique. *J. e. r.*, 1928.
- PEUTEUIL (Georges). — Contributions à l'étude radiologique des opacités arrondies intra-thoraciques. Thèse Paris, 1929.
- PHÉLIP et GRENAUD. — A propos d'un cas de cancer primitif du poumon. *Presse médicale*, 28 août 1929.
- PRESTON, HICKEY et WALTER M. SIMPSON. — Chondrômes primitifs du poumon. *Acta radiologica*, vol. V., fasc. 6.
- ROUMEAUX. — Radiographie d'un kyste hydatique du poumon.
- SERGEANT. — Les grands syndromes respiratoires.
- Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire.
 - Impressions rapportées d'une mission médicale en Argentine. *Presse médicale*, 18 mai 1927.
- SESSA. — Contr. à l'étude radiologique des tumeurs primitives malignes du poumon.
- TUFFIER et AUBOURG. — Tumeurs du poumon, diagnostic par les rayons X. *Bull. Soc. rad. méd. fr.*, 1909.
- ZIMMERN. — Présentation d'un cliché pulmonaire ayant une apparence kystique. *Soc. rad. méd.*, 8 janv. 1929.

